

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

288

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Michel HUGÉ

Né le 10 juillet 1913, à Nantes (Loire-Inférieure).

ESSAI SUR LE TEMPÉRAMENT

La Réaction de Mise à l'Abri
dans la Fatigue et la Maladie

Avec 27 portraits

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Michel HUGÉ

Né le 10 juillet 1913, à Nantes (Loire-Inférieure).

ESSAI SUR LE TEMPÉRAMENT

**La Réaction de Mise à l'Abri
dans la Fatigue et la Maladie**

Avec 27 portraits

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOI
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	RATHERY.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies du système nerveux ...	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GRÉGOIRE.
Clinique urologique	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique d'accouchements	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LÉVY-SOLAL.
Clinique thérapeutique médicale	MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	HARVIER.
Clinique propédeutique	LEMAITRE.
Clinique de la Tuberculose	Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	M. VILLARET.
Clinique de cardiologie	TROISIER.
Clinique de neuro-chirurgie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	Clovis VINCENT
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMÉLINE Pathologie chirurgicale.	CACHERA Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	CORDIER Anatomie.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BESANCON (Justin). Hydrologie	COUVELAIRE (Roger). Urologie.
BONNET Bactériologie.	DELARUE Anatomie pathologique.
BOULANGER . Chimie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	DEGREZ (H.) . Physique.
BROUET Pathologie médicale.	DESOLLE . . . Médecine légale.
BULLIARD ... Histologie.	DIGONNET ... Obstétrique.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL . . Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÈNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.
 ALAJOUANINE.
 BRULÉ.
 CATHALA.
 CHABROL.
 CHEVALLIER.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 GASTINEL.
 HUGUENIN.
 LAROCHE (G.).
 LIAN.
 MOREAU.
 PIÉDELIEVRE.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 de GAUDART
 d'ALLAINES.
 LEVEUF.
 MOULONGUET.
 MOURE.
 QUENU.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER.
 PORTES.
 VIGNES.

Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Hommage de ma profonde affection et de
toute ma reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR GEORGES GUILLOU

A MA GRAND'MÈRE

*Dont l'affectueux accueil me fut une aide
précieuse au cours de mes études médicales.*

A MA FIANCÉE

Témoignage de ma grande affection.

A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique des Maladies Mentales.

Officier de la Légion d'Honneur.

En respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la Présidence de cette Thèse.

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR LOUIS CORMAN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
Avec nos sentiments de respectueuse gra-
titude pour l'accueil si bienveillant qu'il
nous a toujours réservé dans son service et
pour l'enseignement si précieux dont il nous
a fait bénéficier.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI LERAT
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILLEAU

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIROIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI LERAT
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAGNARY

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRELET

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILLEAU

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR BENON

MONSIEUR LE DOCTEUR CORMAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL

En reconnaissance du fructueux enseignement que nous avons reçu dans leurs services.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. LES DOCTEURS

PICHAT, MIRAILLIE, ROBERT BUREAU, BOIFFIN,
BOQUIEN, DE LISLE, ARONDEL, COLAS, RIOU

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE NANTES

A MES AMIS

INTRODUCTION

A toutes les époques de la Médecine se sont heurtées deux conceptions opposées de la maladie. L'une fait jouer le rôle essentiel à l'agent pathogène, et considère la maladie plus que l'individu malade. L'autre, par contre, néglige la spécificité de la cause pathogène, et met au premier plan la réaction particulière de l'organisme.

Au temps où les agents pathogènes étaient mal connus, cette seconde conception était la plus en vogue. On accordait tout au tempérament.

A notre époque, au contraire, depuis que les admirables découvertes de Pasteur nous ont permis d'enrichir considérablement notre connaissance des agents pathogènes, on en est venu à négliger complètement la réaction individuelle, et à croire que tous les hommes sont égaux devant la maladie.

Qu'on soit allé trop loin, qu'on ait presque abouti à une impasse, c'est ce que montre la tendance, encore toute récente, à réintroduire dans la Médecine l'étude du tempérament.

Action de l'agent pathogène, et réaction de l'organisme individuel, tels sont les deux éléments essentiels de la maladie, et il ne faut à aucun prix les séparer l'un de l'autre.

Pour notre part, nous avons adopté la conception du tempérament que notre Maître le Docteur CORMAN a enseignée et exposée dans ses travaux, et notre thèse en est toute entière pénétrée.

Selon cette conception, la santé résulte d'une bonne adaptation de l'homme au milieu qui l'entoure. La maladie se produit quand cette adaptation est en défaut.

Mais cette adaptation, en quoi réside-t-elle ? Elle n'est pas passive, elle est active. L'homme prend dans le milieu tout ce qu'il lui faut pour subsister, pour se développer. Mais il ne le prend pas tel quel. Tout en participant de la nature du milieu, il en est cependant différent. Il doit donc choisir ce qui lui est bon, et rejeter ce qui peut lui nuire. Et nous avons là deux fonctions qui opèrent toujours en synergie étroite : fonctions d'assimilation, par laquelle l'organisme s'ajoute des éléments empruntés au milieu, fonctions de rejet et d'excrétion, par lesquelles il rejette les substances nuisibles loin de lui, avant même que celles-ci ne l'aient touché, ou les excrète lorsqu'elles se sont introduites dans son économie.

Cette capacité de choisir, de trier, est donc essentielle à la vie. Elle apparaît comme étant la condition même de la bonne santé, puisque la maladie résulte toujours de l'introduction d'une substance nuisible dans l'organisme.

Si nous découvrons de quoi elle dépend, cette capacité de choisir, nous tiendrons la clef du tempérament.

Cette clef, c'est la *sensibilité*. C'est par la sensibilité que l'homme connaît le milieu ambiant, et cette connaissance n'est pas seulement rationnelle, comme on le croit communément, elle est aussi connaissance instinctive. Avant de s'affiner dans les centres nerveux supérieurs pour devenir un instrument de compréhension scientifique du monde, la sensibilité existe au sein du plus humble de nos protoplasmes, et y exerce son rôle, qui est de nous renseigner sur les choses bonnes et mauvaises qui nous entourent.

Qu'on ne s'y laisse pas tromper, ce rôle n'est pas seulement joué par la sensibilité externe. Tout le monde, certes, sait que c'est grâce à notre sensibilité cutanée que nous pouvons éviter, par exemple, de nous brûler, en approchant trop près d'une flamme; de même, lorsqu'on se coupe par maladresse, si l'on n'entaille pas du même coup tendons et artères, c'est que la coupure de la peau nous a fait mal et nous a contraints à nous arrêter. Mais, ce qu'on ne sait pas assez, c'est que chaque cellule de notre organisme est douée d'une sensibilité du même ordre. Certes, lorsque ces cellules sont enfouies dans la profondeur de notre organisme, leur sensibilité est plus obtuse que celle de la peau, elle n'en est pas moins agissante, et la cénesthésie, ou sensibilité interne, a le même rôle à remplir que la sensibilité externe, dans la défense de notre organisme.

Nous montrerons ultérieurement comment toutes ces sensibilités locales viennent, par l'intermédiaire du système nerveux cérébro-spinal, s'intégrer dans

un sentiment général, plus ou moins conscient, de bonne ou de mauvaise santé. Il nous suffit, pour le moment, d'avoir indiqué l'importance que nous attachons à la sensibilité et par conséquent à ses variations selon les individus, pour édifier une conception du tempérament.

De l'hyposensibilité à l'hypersensibilité, on peut établir toute une gamme de tempéraments différents. Chez une certaine catégorie de tempéraments hyper-excitable, il nous a été donné de recueillir un certain nombre d'observations où la réaction à la maladie se traduisait par des signes particuliers que nous avons groupés en un syndrome, le syndrome *mise à l'abri*.

L'analyse de cette réaction de mise à l'abri nous a permis de la considérer comme indiquant de la part des malades qui la présentent, une excellente réaction de défense.

Il était donc particulièrement intéressant d'identifier avec précision le type de tempérament qui réagit de cette manière, afin de pouvoir le reconnaître et, par là, prévoir à l'avance, qu'au cours d'une maladie, on observerait la dite réaction.

Cette identification, nous l'avons demandée à la *technique morpho-physiologique*. Quelques explications sont ici nécessaires sur cette technique encore peu connue.

L'être humain est un *individu*, c'est-à-dire qu'en lui, toutes les parties, toutes les activités sont solidaires. Impossible de le morceler sans risquer l'erreur. Re-

garder l'esprit et le corps comme radicalement distincts, envisager la forme et la fonction comme régies par des lois différentes, c'est méconnaître l'unité profonde de l'être vivant et se tromper sur sa véritable nature. Il ne s'agit pas là de réalités distinctes, mais d'*aspects* différents d'une même réalité : l'aspect psychologique, l'aspect physiologique et l'aspect morphologique.

Chacun de ces aspects du tempérament a avec les deux autres aspects des relations étroites, et quand l'un change, les deux autres changent aussi.

Ces remarques sont fertiles en nombreuses déductions.

Nous retiendrons surtout celle-ci : que *la forme d'un individu est le signe visible* de son activité psychique et de ses fonctions organiques.

D'où la possibilité de fonder une *morpho-physiologie*, et une *morpho-psychologie*. Le Docteur CORMAN nous a montré la voie qu'il fallait suivre par son beau livre : « Quinze Leçons de Morpho-Psychologie », dans lequel on voit pour la première fois fondées scientifiquement les très anciennes observations de la divination physiognomonique.

Nous avons appliqué la même méthode à l'étude morpho-physiologique, c'est-à-dire que nous nous sommes efforcés de dépister par l'examen des formes les caractères physiologiques qui sont à la source de la réaction de *mise à l'abri*. Grâce à cette méthode, nous avons isolé, parmi les nombreux tempéraments hyperexcitables, un type particulier que nous appel-

lerons le *type réagissant compensé*. Nous montrerons comment il se produit et quelle est la raison d'être de sa réaction si spéciale dans la maladie.

Voici notre plan. Dans le premier chapitre, nous exposons quelques observations cliniques où se manifeste nettement la réaction de *mise à l'abri*.

Le second chapitre est consacré à l'interprétation des faits exposés. Nous y donnons une vue d'ensemble succincte du tempérament, et nous y montrons les traits essentiels de ce type réagissant qui a l'apanage de la réaction ici étudiée.

Des figures nombreuses viennent illustrer notre texte, et nous tenons à remercier ici M. Antoine PROTOPAZZI, dont le crayon habile a su saisir sur le vif les caractères morphologiques qui sont l'objet de notre étude.

CHAPITRE I

LE SYNDROME : MISE A L'ABRI

L'intérêt que nous portons à l'étude des réactions individuelles dans la maladie, nous a conduit à attacher une importance particulière à certains signes qu'on néglige d'ordinaire.

De ce nombre sont les manifestations cliniques que nous groupons sous l'étiquette de « mise à l'abri » ; on ne tardera pas à voir pourquoi.

C'est au cours d'affections aiguës que notre attention a été attirée par ce syndrome *mise à l'abri*. Ce n'est pas qu'il n'appartienne qu'à ces états aigus. Non certes ; il y est même moins fréquent que dans les états chroniques au cours desquels on l'a décrit avant nous, sans cependant, à notre avis, en mesurer l'importance.

Nous allons décrire ce syndrome en premier lieu dans les affections aiguës. En second lieu, nous ferons voir par des exemples, qu'il s'observe aussi dans les maladies chroniques. Puis, en troisième lieu, nous l'identifierons dans ces états qui sont à mi-chemin entre la santé et la maladie, et qu'on appelle les états de fatigue.

1.

**Le syndrome : mise à l'abri
dans les affections aiguës.**

OBSERVATION I.

Pneumonie franche aiguë chez un homme de 21 ans, bien constitué et bien portant. Début brusque : phénomènes douloureux et phénomènes généraux intenses. Signes physiques nets. Syndrome « mise à l'abri » typique au 4^e jour. Guérison rapide au 5^e jour.

Un jour du mois de Janvier, Marcel H..., (21 ans) sent qu'il prend froid et frissonne. Le soir, bien qu'il se sente un peu d'appétit, il refuse de dîner et va se coucher de bonne heure. Le lendemain, courbature générale, point de côté violent à la partie moyenne de l'hémithorax droit, température 40°. Le sujet est fatigué, répond brièvement aux questions qu'on lui pose, et exprime le désir qu'on le laisse tranquille.

Le 2^e jour, même état, et l'examen local indique un foyer pneumonique bien caractérisé, au siège du point de côté. Le malade est cependant moins abattu.

Le 3^e jour, statu quo.

Le 4^e jour, vers midi, *le malade se sent plus fatigué. Il se montre grognon, exprime d'une façon brève le désir qu'on le laisse tranquille, repousse toutes les offres qu'on lui fait, et refuse de boire. Il demande qu'on ferme les volets et qu'on le laisse seul. Il se tourne alors vers le mur le moins éclairé de l'alcove, et se replie en « chien de fusil ».*¹.

Quelques heures se passent ainsi. La température à 17 heures est à 39°8. Peu après, sueurs abondantes, et diminution du point de côté. Le malade redevient sociable et demande à boire. A 20 heures, la température est tombée à

(1) Nous soulignerons dans les observations les signes qui traduisent la *mise à l'abri*.

38°5. La nuit est bonne. Le lendemain, sensation de bien-être, température à 38°5 le matin et le soir à 36°9.

La convalescence est rapide, et, dix jours après, notre malade reprend son activité.

Il a, pendant ces 5 jours, perdu 3 kgs, qui seront d'ailleurs repris rapidement.

Nous réservons pour un peu plus tard le commentaire détaillé de cette observation.

Bornons-nous ici à souligner que le jour où il se coucha sans diner, notre malade avait le sentiment du début d'une maladie sérieuse, tant il se sentait fatigué. Or, il importe de remarquer que l'évolution de la pneumonie a été écourtée, et la convalescence très rapide.

OBSERVATION II.

(Due au Docteur CORMAN).

Dysenterie aiguë chez un jeune homme de 20 ans; en bonne santé jusqu'alors. Flux diarrhéique abondant. Fièvre intense. Déshydratation extrême. Syndrome « mise à l'abri » typique. Guérison rapide.

La maladie a débuté au mois d'Août chez un homme jeune (20 ans) en bonne santé à cette époque, encore qu'il ait été sujet dans sa jeunesse à de fréquentes indispositions. Début brusque, la nuit, par une céphalée très intense et des nausées. La nuit se passe en insomnie. Le médecin appelé à la première heure, diagnostique un embarras gastrique et prescrit une limonade purgative. A peine absorbée, celle-ci est vomie. Le malade se met d'ailleurs à vomir tous les liquides qu'il prend, et, durant toute la durée de l'affection, il ne tolérera que l'eau champagnisée. Dans l'après-midi du 1^{er} jour, il ressent des tranchées abdominales très douloureuses et très fréquentes, et évacue tous les quart d'heure des selles muco-sanglantes. La température est à 40°5.

Au 4^e jour de cette évolution, la température est à 41°. La

diarrhée a diminuée. Mais la deshydratation est extrême : le malade est squelettique. Il ne délire pas, mais son esprit est un peu obnubilé, et il ne paraît pas conscient de la gravité de son mal.

Il se montre très grincheux, ne se laisse pas volontiers examiner, repousse toutes les questions et toutes les offres par un « non » bref, ne demande rien, et reste des heures entières sans proférer une seule parole, le visage tourné vers le mur, le corps replié en « chien de fusil ». Il importe de noter que ce malade est soigné par sa mère et sa tante, qu'il aime toutes deux tendrement. L'entourage est fort inquiet de cette attitude, et le médecin ne l'est pas moins, car il pronostique une issue fatale à bref délai.

L'attitude persiste quelques jours. L'issue redoutée ne se produit pas, mais tout au contraire, le 8^e jour, la température se met à descendre et la convalescence s'amorce. Elle fut longue, du fait d'une asthénie très marquée.

OBSERVATION III.

(Due au Docteur CORMAN).

Congestion pulmonaire grippale chez un homme de 28 ans, plutôt chétif. Signes francs de congestion pulmonaire. Petite fièvre. Syndrome « mise à l'abri » bien caractérisé. Guérison rapide.

Chez ce malade de 28 ans, nous relevons dans les antécédents, de fréquentes indispositions, mais pas de maladie grave. De constitution plutôt chétive, maigriot, encore que très actif, il offre à l'état normal une légère tendance hypochondriaque.

Au cours d'une épidémie de grippe sérieuse, il tombe malade dès le début. Rentrant le soir de son travail, il se plaint beaucoup de courbatures générales et d'un point de côté au côté droit. Prend un liquide chaud et se couche aussitôt. Dort mal. Le lendemain 38°5, toux sèche, petit foyer

congestif à la base droite; état saburral des voies digestives.

Le malade se déclare complètement épuisé. Il a des vertiges lorsqu'on le fait asseoir pour l'ausculter. Parler lui est pénible. Il demande qu'on le laisse seul, et ne bouge pas.

Après trois jours d'une évolution tout à fait normale, la fièvre tombe et la langue se nettoie. Cependant, *notre malade se dit encore très fatigué et ne veut pas se lever.* L'appétit est médiocre.

Deux jours après, il se lève, et il se rétablit dès lors promptement.

COMMENTAIRE.

Voici donc trois affections différentes par leur nature et par leur gravité. Nous les avons très succinctement décrites, parce qu'au point de vue clinique, elles n'offrent aucun caractère qui ne soit bien connu. Mais nous avons par contre donné beaucoup de détails sur l'attitude bien particulière des malades.

En présence d'une telle attitude, le Médecin, formé aux seules disciplines anatomo-cliniques, recherche si elle peut être conditionnée par une atteinte nerveuse.

Dans nos deux premières observations, on a formulé l'hypothèse d'une méningite, ou d'une encéphalite. Quoi de plus naturel. Ne sait-on pas que les états infectieux graves ont souvent des déterminations encéphalo-méningées. Mais un examen clinique attentif montrait qu'il n'y avait aucun signe net en faveur de l'une ni de l'autre. Il n'y avait pas la somnolence de l'encéphalitique. L'attitude en « chien de fusil » ne s'accompagnait d'aucune contracture.

Devant ce résultat négatif de ses examens, le Mé-

decin tend à penser à un phénomène purement psychique, sans d'ailleurs se bien expliquer en quoi il consiste.

C'est ainsi que, dans le cas plus bénin de l'observation 3, on a accusé la tendance hypocondriaque du sujet.

Pour notre part, nous considérons aussi les signes en question comme fonctionnels, mais nous essaierons de montrer, dans un chapitre ultérieur, qu'en les qualifiant de « psychiques » et en les négligeant, on commet une erreur, on passe à côté de phénomènes fort intéressants.

Pour le moment, nous en sommes aux faits. Nous nous bornerons à dégager de nos trois observations les éléments principaux du syndrome *mise à l'abri*.

Il se compose :

En premier lieu, d'un abattement profond des forces, avec sentiment subjectif d'épuisement, et tendance à adopter l'attitude de moindre fatigue, c'est-à-dire le plus souvent le repos complet au lit.

En second lieu (et ceci apparaît comme un corollaire), d'une tendance à l'économie de toutes les dépenses, et, en particulier, du refus de répondre aux excitations du milieu : refus de bouger, refus de parler, même refus de boire. Le désir d'être au calme, dans une demi-obscurité est un fait de même ordre.

En troisième lieu, d'une tendance hypocondriaque manifeste : caractère grincheux, sentiment d'être gravement malade, crainte d'aggraver la maladie par des gestes intempestifs ou par une reprise d'activité trop précoce.

Ce syndrome *mise à l'abri*, se trouve mieux défini encore lorsqu'on compare le tableau clinique qu'il constitue, au tableau clinique exactement opposé, qu'il n'est pas rare d'observer en pathologie.

Les faits sont bien connus. Il s'agit de malades fébricitants (quelle que soit la cause de leur fièvre), qui ne se sentent pas malades, et n'acceptent pas volontiers de se soigner. On a les plus grandes peines à leur faire garder le lit; ils remuent sans cesse, s'assoient, veulent parler, faire quelque chose. Ils profitent d'un moment d'inattention de l'Infirmière pour se lever et « faire un petit tour ». Ils se découvrent. Ils marchent pieds nus dans la chambre. Ils ne se résignent pas à la diète, et réclament sans cesse à manger. La fièvre est à peine tombée qu'ils veulent cesser toute précaution et reprendre leur travail.

Dans certains de ces cas, lorsque la fièvre atteint ou dépasse 40°, la conscience de la maladie semble s'évanouir tout à fait, et le malade accomplit une foule d'actes contraires à son repos. Un degré de plus, et nous avons le délire fébrile, avec son agitation si caractéristique.

En un mot, les malades dont il s'agit ne se sentent pas malades, n'ont plus le sentiment de leurs forces réelles, et les dispersent à l'extrême.

Tels sont les éléments séméiologiques de ce que nous appelons, avec le Docteur CORMAN, le syndrome *dispersion*, qui est en tous points à l'opposé du syndrome *mise à l'abri*.

2.

**Le syndrome : mise à l'abri
dans les affections chroniques.**

Tandis que notre syndrome, dans les maladies aiguës, n'occupe la scène clinique que quelques heures ou quelques jours, et, de ce fait, passe souvent inaperçu, par contre, dans les affections chroniques, il peut persister des semaines et des mois, et force l'attention de l'observateur.

Est-il spécial à certaines affections, ou bien peut-on le rencontrer dans toutes les maladies ? A cette question, il ne nous est pas possible de répondre, faute d'une expérience clinique suffisamment étendue. Un fait est certain, c'est qu'il nous a été donné d'observer le syndrome *mise à l'abri*, surtout dans la tuberculose pulmonaire; il est vrai que c'est sans doute la maladie chronique la plus répandue.

Quoiqu'il en soit, nous donnerons en exemple en premier lieu, un cas de maladie de la nutrition, en deuxième lieu, deux cas de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION IV.

(Due au Docteur GIROIRE).

Diabète gras avec hypertension et urémie chez un homme de 55 ans. Etat jugé grave. A la suite d'une crise d'allure angineuse, syndrome « mise à l'abri » d'une durée de plusieurs années. Evolution favorable des troubles organiques.

Chez un homme de 55 ans, diabétique depuis plusieurs années, un examen médical complet note les signes suivants :

Diabète : 150 gr. de glucose par 24 heures, sans acétonurie.

Hypertension artérielle : 19.

Insuffisance rénale : Urée du sang 1 gr. 20.

Il s'agit d'un homme de taille moyenne, de forte corpulence, de teint coloré, antérieurement en très bonne santé, gros brasseur d'affaires, infatigable, travaillant de nuit comme de jour, gros mangeur et gros buveur par dessus le marché.

Il est très difficile à soigner, ne voulant ni se ménager, ni suivre un régime.

Peu de temps après l'examen dont il est parlé ci-dessus, le malade fait une crise d'allure angineuse : vive douleur précordiale assez bien caractérisée, mais s'accompagnant de manifestations névropathiques et hypocondriaques qui font douter un peu de l'authenticité de la crise.

Dès cet instant, *le malade modifie sa conduite du tout au tout. Il se préoccupe sans cesse de sa santé, et geint au moindre malaise. Il cesse d'un seul coup et complètement ses occupations, va de médecin en médecin, et fait de nombreux séjours dans des maisons de santé.*

Il fait chaque année des cures régulières à Divonne et à Vittel.

Au bout de trois ans, le malade se sent mieux et recommence à s'occuper de son commerce « au ralenti ». Il augmente peu à peu son activité, et cette année, il a tout repris en mains.

Cette reprise progressive d'une activité normale s'est accompagnée d'un double changement dans l'état du malade.

Changement dans l'état organique. Ce changement que son médecin évalue à une amélioration de 90 % se traduit par la quasi-guérison du diabète, (moyennant un régime peu sévère, le malade n'a plus de sucre dans les urines), par la diminution de la tension artérielle, (de 19 à 16), et par la disparition de l'urémie (taux de l'urée sanguine avoisinant 0 g. 40). Notons en passant, qu'en 5 ans, ce malade a perdu 20 kgs.

Changement dans l'état psychique. Le malade n'est plus hypocondriaque. Il est redevenu euphorique. Toutefois ce n'est plus l'euphorie qu'il avait auparavant, et qui le rendait si insoucieux de sa santé, qu'il n'acceptait de suivre aucun régime. C'est une euphorie plus mesurée. Quand le sujet fait un écart, maintenant, il le sent, s'inquiète des conséquences, et sait se freiner à temps. Il ménage mieux ses forces. Et, comme ses moyens le lui permettent, il voit son médecin tous les 15 jours, afin que lui soient faits régulièrement les examens nécessaires.

Dans cette observation, comme dans les précédentes, sentiment d'une maladie grave exigeant une *mise à l'abri* immédiate, arrêt de toute activité, économie des forces, tendance hypocondriaque.

Ce dernier élément était si marqué que les médecins consultés n'ont pas hésité à porter le diagnostic de psychonévrose hypocondriaque, greffée sur un état organique sévère. Et le médecin spécialiste, revoyant récemment ce malade après de nombreux mois, et constatant, non sans surprise, l'amélioration de l'état organique, lui a dit : « Votre maladie mentale vous a guéri ».

C'est en effet une tendance constante de la Médecine contemporaine, nous l'avons déjà vu en commentant nos premières observations, de voir dans cette tendance à la *mise à l'abri* un trouble purement psychique, sans rapport aucun avec l'état organique du malade.

OBSERVATION IV.

(Due au Docteur CORMAN).

Cortico-pleurite du lobe supérieur gauche, de nature tuberculeuse, chez un homme jeune, 25 ans. Troubles subjectifs intenses. Syndrome mise à l'abri dès le début de la maladie. Guérison en un an.

Ce jeune homme, dont la mère est morte phthisique quand il avait seize ans, a vraisemblablement été contaminé dans son enfance. On ne retrouve pas dans son passé d'épisode marquant, mais il était sujet à des bronchites fréquentes et prolongées.

A l'âge de 25 ans, au cours d'une partie de football il prend froid. Les jours suivants, douleur à l'épaule gauche, *asthénie profonde, désir intense de se coucher et de ne plus bouger*. Il résiste à ce désir, et essaie de continuer son travail. Mais il se sent bientôt épuisé et prend un congé. A l'examen, quelques râles discrets au sommet gauche; rien à la radioscopie. Toux sèche. Légère dyspnée d'effort. Fièvre modérée, 38° le soir.

Le malade ne pouvant aller en Sana, se soigne chez lui. Ce qui domine dans son état, c'est le *sentiment d'être gravement touché*, (avec cependant l'espoir de guérir) et la *tendance à prendre d'extrêmes précautions pour sa santé. Il se couvre avec soin pour sortir. Il a supprimé toutes visites. Il se repose fréquemment au lit dans le cours de la journée.* Dans son entourage on dit volontiers qu'il s'écoute.

Au bout de 2 mois, la radiographie montre une ombre du sommet gagnant sous la clavicule, avec quelques pomme-lures. Les signes subjectifs sont toujours les mêmes. L'expectoration, assez rare, contient des bacilles de Koch.

Les signes de *mise à l'abri* ont persisté pendant toute la durée de la maladie. Au bout d'un an, le malade a été considéré comme guéri et autorisé à reprendre son activité. Il l'a fait, mais il continue de prendre beaucoup de soins de sa santé; il s'est interdit toute partie sportive, toute veillée,

tout excès de table. Donc persistance de la tendance hypochondriaque. Il est vrai de dire que cette tendance existait déjà, à l'état d'ébauche avant la maladie.

OBSERVATION V.

(Due au Docteur CORMAN).

Femme ayant fait à l'âge de 23 ans une tuberculose pulmonaire, guérie en deux ans. Syndrome « mise à l'abri » très caractérisé pendant toute l'évolution. Par la suite, chaque année, périodes de fatigue avec signes de mise à l'abri.

Mariée à l'âge de 17 ans, cette jeune femme menait une vie très mondaine. Très coquette, elle ne se couvrait jamais de vêtements chauds quand il faisait froid, afin de mieux « suivre la mode ». Ne se souciait pas du tout de sa santé.

Le patinage était très en vogue à l'époque dont il s'agit. Notre malade en faisait souvent, y prenait chaud, puis négligeant de se couvrir, prenait froid.

A l'âge de 23 ans, après une séance de patinage, elle a des frissons, et le lendemain, elle se trouve avec une extinction de voix. Le médecin de famille l'examine alors. Durant l'année précédente, l'ayant vue à plusieurs reprises, il s'inquiétait d'un amaigrissement progressif dont il ne décelait pas la cause. Cette fois, il trouve à l'auscultation des signes de tuberculose du sommet droit, signes très nets et il calcule que l'affection évolue sans doute en silence depuis un an.

De ce jour, la malade modifie sa conduite du tout au tout. Elle se sent extrêmement fatiguée, et passe la plus grande partie de ses journées au lit. Au début de l'après-midi, elle se permet une promenade, d'ailleurs très courte, car elle se sent très vite lassée. Moral mauvais : elle pense qu'elle ne guérira pas. Pas d'appétit. Fièvre médiocre 37°6 à 38°. Maximum 38°4. Par intermittence, quelques crachats hémoptoïques.

A ce régime de repos extrême, l'appétit est revenu peu à peu, et la malade a repris du poids.

Deux ans après le début, elle est considérée comme guérie.

Cependant, elle accuse pendant plusieurs années une grande fatigue, et elle a peur de l'effort.

Vers l'âge de 30 ans, son état de santé s'améliore beaucoup. Toutefois, elle se dit sujette à de la « pleurite », et les malaises qu'on a qualifiés ainsi l'obligent à se reposer complètement de Janvier à Juin.

S'agit-il vraiment d'un retour de l'affection primitive évoluant chaque année sous une forme curable, puisque la malade, de Juin à Décembre, se sent très bien ?

Nous ne le pensons pas. En effet si les signes subjectifs sont en faveur d'une poussée tuberculeuse, (asthénie profonde, toux sèche, légers mouvements fébriles intermittents) par contre, aucun des examens cliniques et radiologiques faits au cours de ces périodes de malaise n'ont décelé d'atteinte de la plèvre ni du poumon. La toux a d'ailleurs un caractère anormal : c'est une toux sèche incessante. Et un élément domine le tableau clinique : *la fatigue, une fatigue profonde, qui l'oblige à garder la chambre et à cesser presque toute vie sociale.*

Par contre, dès la belle saison, nous observons l'inverse. La malade cesse de tousser, retrouve ses forces, voyage, va dans le monde, aime la société et s'y dépense sans compter. Durant l'automne, elle fait beaucoup de visites.

On ne peut s'empêcher de penser, devant un tel tableau clinique : pas de signes organiques, alternance d'excitation et de dépression, qu'on a affaire à une névrose bien plus qu'à une affection des organes. Et cette opinion est très vraisemblable.

Toutefois, nous devons faire deux remarques, dont nous apprécierons l'importance lorsque nous essaierons d'interpréter tous ces faits. La première est que l'hypothèse d'une lésion irritative pulmonaire ou pleurale, très discrète, n'est pas exclue du fait que les examens n'ont rien révélé d'anormal. La seconde est que l'alternance annuelle d'une phase de bonne santé avec légère excitation et d'une période de fatigue profonde, reproduit l'alternance déjà observée à l'âge de 23 ans, lorsque la malade a fait sa lésion tuberculeuse.

Dans quelle mesure ce rythme annuel n'est-il pas conditionné par la même tendance physiologique qui a dicté l'évolution du foyer tuberculeux, et dans quelle mesure ne représente-t-il pas un essai de *mise à l'abri* ? Nous posons ici la question sans la résoudre, mais nous y reviendrons.

COMMENTAIRE.

Voici donc trois observations de maladies chroniques où se retrouvent les éléments du syndrome *mise à l'abri*, que nous avons premièrement décrit au cours des affections aiguës. Il n'est pas besoin d'en souligner l'identité dans les deux genres de maladies; elle ressort de la lecture de nos observations.

Il ne nous semble pas que ce syndrome ait été remarqué avant nous. Et c'est toujours pour les mêmes raisons. On dit qu'il s'agit de « psychiques », et on les envoie au médecin qui soigne les « nerveux ».

Dans la tuberculose en particulier, si les faits dont nous parlons ont été mentionnés, c'est bien plus souvent par les psychiâtres que par les phtisiologues.

Par contre, on observe dans cette maladie, avec une fréquence toute particulière, le syndrome *dispersion* dont nous avons parlé en commentant nos observations de maladies aiguës. On peut même dire que, dans la phtisie commune, ce syndrome *dispersion* est la règle, tandis que le syndrome *mise à l'abri*, est l'exception. Aussi son existence ne pouvait manquer de frapper les observateurs, et nous l'avons vu souvent souligné dans les travaux scientifiques et dans les études littéraires sur la tuberculose.

Par exemple, le D^r DUCHAINE, dans un article sur
« Les prodromes psychiques de l'imprégnation bacil-
laire » (Bulletin médical du 17 février 1934), écrit :
« La tuberculose incipiente ne se manifeste pas tou-
jours par de la fatigue.

.....
« Le travail est intense, facile; peu à peu la fatigue
« s'installe sans que le sujet semble en souffrir. Et le
« contraste est grand entre cette activité accrue et
« le déclin constant de la santé.

« Sans vouloir faire de cet accroissement de l'éner-
« gie intellectuelle un symptôme constant du début
« de la bacillose, il semble cependant qu'il se mani-
« feste assez souvent ».

De même le D^r VIRET (Diagnostic précoce de la
tuberculose, dans Montpellier Médical, 1903) :

« Quelques-uns deviennent vifs, bruyants, se lancent
« dans des spéculations nouvelles et hasardeuses,
« font des rêves gigantesques, caressent de grands
« espoirs et nourrissent de vastes pensées ».

La littérature s'est emparée du sujet, et l'on nous
parle des « embrasés », de leur « besoin de vivre
avec excès ».

N'insistons pas. Ces faits sont d'observation cou-
rante. On sait combien l'existence du syndrome *dis-
persion* rend difficile l'application du traitement, le
repos étant la grande condition préalable dans la cure
de toute tuberculose.

Remarquons ici que les deux tendances opposées
peuvent se succéder chez le même malade. Nous
l'avons vu pour les sujets des observations 4 et 6.

Chez l'homme de l'observation 4, les éléments de *dispersion* donnaient la scène clinique et rendaient tout traitement difficile jusqu'à la venue de la crise angineuse. Dès ce moment, l'attitude de la malade change du tout au tout, et la *mise à l'abri* succède à la *dispersion* des forces.

De même, chez la femme de l'observation 6, la tuberculose s'installe et évolue à la faveur d'une tendance pour ainsi dire constitutionnelle à la *dispersion*. Et, ici encore, il se produit un brusque et total changement dans la manière d'être de la malade.

Nous nous bornons à constater ici ces faits sans les expliquer. Force nous est cependant de souligner la constance avec laquelle la guérison des lésions organiques se produit quand on observe chez le malade le syndrome *mise à l'abri*. Et, à l'inverse, les maladies où se manifeste le syndrome *dispersion* entraînent assez souvent la mort.

3.

Le syndrome : mise à l'abri dans les états de fatigue.

Il nous semble qu'on n'étudie pas assez la réaction de chaque individu dans la fatigue. Qu'est au juste la fatigue ? Nous n'en savons rien. Cependant nous soupçonnons une intoxication générale par les produits de désassimilation.

En somme, la fatigue est une sorte de maladie, une maladie en petit. Il nous a paru que souvent, l'homme se comporte dans la fatigue comme il se comporte dans la maladie, avec les mêmes réactions.

En particulier, l'étude des antécédents des malades ayant présenté au cours d'un processus morbide le syndrome *mise à l'abri* nous a fait retrouver dans la majorité des cas, ce même syndrome au cours de la fatigue.

Le malade de l'observation 1 connaît des fatigues de ce genre. Il éprouve assez soudainement une profonde lassitude, avec besoin de se coucher. Il peut y résister quelques heures, mais bientôt, il lui faut y céder. Aucune autre envie que celle de s'allonger dans le calme, le silence, la demi-obscurité. Il se passe de manger, et désire qu'on le laisse tranquille. Souvent il a l'impression qu'il commence une maladie sérieuse, et pourtant il n'a rien. D'ailleurs, dès le lendemain, il est sur pied et tout à fait dispos.

Même chose chez le malade de l'observation 2. Par périodes, une ou deux fois l'an, il se sent très fatigué et il a l'impression qu'il va faire une maladie grave ou tout au moins sérieuse. Il n'a aucun appétit, ni aucun désir de faire quoi que ce soit. Envie irrésistible de se coucher, de ne plus bouger, d'être tout à fait seul, loin du bruit et des paroles. Il arrive que ces impressions se produisent à l'occasion d'un rhume banal, d'une grippe saisonnière bénigne, ou d'un trouble digestif. Mais il arrive aussi qu'elles en soient tout à fait indépendantes. Le sujet se couche pour

un, deux ou trois jours. Il maigrit d'une façon sensible. Ensuite, et assez brusquement, il est tout à fait bien.

Dans les états de fatigue plus discrets, qui se produisent très souvent chez ce sujet, sa réaction habituelle est de manger moins et de s'allonger quelques heures, en évitant les conversations.

Même remarque aussi chez la malade de l'observation 6. Quand elle se sent fatiguée, elle ne peut plus rien faire, elle aime se reposer allongée, soit dans la solitude, soit en compagnie d'une personne amie, mais elle ne dit rien du tout.

Très proches des états de fatigue sont certains états à peu près inclassables, à l'origine desquels on peut invoquer une intoxication.

Par exemple, le sujet de l'observation 2, à la fin d'une randonnée sportive qui lui avait coûté d'assez gros efforts, s'étant exposé peu vêtu dans un lieu froid, une grotte souterraine, eut dans le cours de la nuit suivante un flux diarrhéique abondant qui l'obligea à se lever plusieurs fois. De toute la journée du lendemain, il ne voulut pas bouger. S'étant couché dans la tente, il ne voulait prendre aucune nourriture, ni parler, ni se lever. Or la diarrhée avait cessé dans la matinée. Vers le soir seulement, ses camarades, désireux de repartir, le stimulèrent par des paroles encourageantes. Il se leva aussitôt, partit avec eux, et fut le premier tout surpris de pouvoir fournir une étape normale.

Il est intéressant de noter l'attitude de l'entourage

devant des réactions de ce genre. En général, elle est toute d'incompréhension. On ne se demande pas si ces signes de *mise à l'abri* peuvent répondre à un besoin, non, on reproche au sujet de boudier, de ne pas parler, de ne pas manger, et on lui demande pourquoi. A cette question, l'intéressé est le plus souvent incapable de répondre. Il n'est pas conscient du pourquoi. Son attitude, qu'on qualifie de psychique, semble avoir en réalité sa source dans l'instinct plutôt que dans la conscience, et nous devons tenir le plus grand compte de cette remarque quand nous tenterons de découvrir la signification physiologique de notre syndrome.

Dans la fatigue, on peut observer aussi la tendance inverse à la *dispersion*. Nous en pourrions publier de nombreuses observations, recueillies avec le Docteur CORMAN. Citons-en trois, prises au hasard.

OBSERVATION VII.

M. Raoul G..., homme de 55 ans, d'une grande activité, aimant la variété dans le travail, l'excitation de la grande ville, et ne se reposant jamais. Quand il est fatigué, il s'énerve, s'impatiente, déplace les objets, s'occupe de mille choses superficiellement, mais il avoue ne pas savoir se reposer. Il se comporte de même dans la maladie. Ayant eu, par exemple, une bronchite sérieuse, avec fièvre à 40°, il ne voulait pas rester au lit, voulait se lever et travailler.

OBSERVATION VIII.

Mme G..., 40 ans, très active d'ordinaire, et très bavarde.

Plus elle est fatiguée, plus elle veut faire de travail, s'occuper de ceci, de cela, en désordre.

OBSERVATION IX.

Mlle C..., 16 ans. Ne peut se reposer quand elle est fatiguée, et elle est d'autant plus excitée et plus turbulente qu'elle est plus fatiguée. Il faut noter que lorsqu'elle est malade et fébricitante, elle ne veut pas rester au lit, et veut à toute force qu'on lui donne à manger.

4.

Le syndrome : mise à l'abri chez les enfants.

Le cas des enfants est particulièrement intéressant, car le syndrome *mise à l'abri* y est assez rare, tandis que le syndrome *dispersion* s'observe très fréquemment. Le fait est bien connu. On sait que l'enfant n'a pas le sentiment de ses forces, et qu'il les dépense sans compter. Soumis à une excitation, il y répond et il n'est guère en son pouvoir d'inhiber la réponse. Voyez par exemple, comment il se comporte quand il est fatigué. S'il est dans un jeu intéressant, il continue de jouer jusqu'à l'épuisement. S'il est dans une soirée mondaine, tout ce qu'il voit le ravit : l'heure ne compte plus. « Il n'est pas fatigué, direz-vous; regardez-le; voyez son visage animé, ses yeux brillants; on peut le laisser encore un peu ». Eh bien, si vous le couchez à ce moment-là, et vous ferez

sagement, l'enfant s'endormira d'un seul coup. Si au contraire, vous le laissez veiller, la fatigue s'accumulera jusqu'à l'explosion nerveuse finale ou la crise de larmes que rien, en apparence, ne vient expliquer.

Même attitude dans la maladie. Voici, entre autres, l'observation de Michel C., 7 ans.

OBSERVATION X.

Souvent il s'excite quand il est fatigué, devient alors volubile et turbulent. Quant il est malade, il ne peut tenir au lit, il remue sans cesse, se découvre, réclame à manger. Il faut le maintenir au lit jusqu'à complète guérison, car si, convalescent, on le laisse reprendre sa place à la table familiale, il sera vain de lui imposer un régime; il se laisse tenter par tous les plats et veut manger de tout.

Il est exceptionnel d'observer chez l'enfant le syndrome, *mise à l'abri* au complet. Cela semble contraire à sa nature. Ce qui, par contre, n'est pas rare, c'est de le constater dans les affections sérieuses.

Ainsi Pierre C., 6 ans :

OBSERVATION XI.

Réagit à la fatigue différemment selon les moments, tantôt par de l'excitation, comme Michel, tantôt par de l'abattement : est calme et désire se coucher. Quand il est en imminence de maladie, même avant que l'on ait constaté aucun signe objectif, il ne mange plus, et refuse même les aliments qu'il aime beaucoup. Il reste alors volontiers au lit, s'enfonce sous les couvertures et ne bouge plus. Il ne réclame ni nour-

riture, ni livre, ni conversation, pendant tout le temps de la maladie. Le plus souvent, l'épisode morbide est court et, au bout de quelques jours, Pierre est guéri.

Nous allons terminer ce chapitre en opposant dans un tableau les éléments essentiels des deux syndromes antagonistes, la *mise à l'abri*, et la *dispersion*.

Syndrome mise à l'abri.

Sentiment subjectif de fatigue profonde avec tendance hypocondriaque.

Sensibilité vive au bruit, à la lumière. Caractère irritable.

Désir d'être couché, au repos complet; immobilité.

Sensation de froid, et désir de rester au chaud.

Inappétence, refus de manger et même de boire.

Mutisme ou semi-mutisme.
Isolement du monde.

Visage immobile, « fermé »,
« distant ».

Syndrome dispersion.

Sentiment subjectif d'euphorie et de vigueur.

Sensibilité obtuse. Aime le bruit, le mouvement.

Désir de mouvement; impossibilité de rester au repos, agitation.

Sensation de chaleur, tendance à se dévêtir.

Appétit violent. Désir de manger, même quand il ne faudrait pas.

Loquacité.

Désir de compagnie, de conversation.

Visage très mobile, très expressif.

CHAPITRE II

INTERPRETATION DES FAITS

Le syndrome mise à l'abri considéré comme réaction de défense de l'organisme.

Nous pouvons résumer les faits exposés au chapitre précédent de la manière suivante. On observe dans certains cas, au cours d'affections aiguës ou chroniques, chez l'enfant comme chez l'adulte, certaines attitudes de *mise à l'abri* qui posent des problèmes diagnostiques et pathogéniques très intéressants. Dans la plupart des cas, les malades chez qui ces phénomènes sont observés guérissent heureusement.

Ces faits sont peu connus en Médecine. Ou plus exactement, ils sont connus, mais on n'y prête guère attention, et il ne semble pas qu'ils aient jamais été l'objet d'une description détaillée, ni d'un essai d'interprétation.

Les auteurs qui les ont notés au passage parlent toujours de « phénomènes nerveux ». Mais leur attitude en face de ces phénomènes diffère selon les cas.

En présence d'une maladie aiguë qui met la vie dans un danger immédiat (par exemple nos observations 1 et 2), les signes dont nous parlons sont presque toujours regardés comme un facteur de gravité. L'abattement du malade, son refus de communiquer, son désir d'isolement, la position repliée de son corps, tout semble indiquer que l'infection ou l'intoxication a gagné les centres nerveux supérieurs, ou la méninge qui les entoure. Méningite ou encéphalite, telle est l'alternative qu'on pose alors. Il est vrai qu'un examen attentif ne trouve aucun signe net ni de l'une, ni de l'autre complication. Mais on pense volontiers que l'affection nerveuse, n'en étant qu'à son début, ne se traduit pas encore par des signes patents. Le pronostic apparaît comme assez sombre, et le médecin partage d'ordinaire l'inquiétude de l'entourage, jusqu'au moment où l'évolution très favorable vient lui montrer qu'il s'était trompé.

Dans les affections chroniques, la situation est différente. Ici, pas de danger immédiat. Aussi l'attitude de *mise à l'abri* est-elle toujours regardée comme indépendante de la maladie organique. Selon l'importance du cas, l'entourage dira que le malade a « un mauvais moral », ou qu'il est « douillet », qu'il « s'écoute trop », et même dans certains cas, que c'est « un malade imaginaire ». Le médecin partage le plus souvent cette opinion, mais il l'exprime en termes plus choisis et dit que le malade est un « hypocondriaque ». Si l'état organique est sérieux, et ne permet pas le moindre doute sur l'authenticité

de certains des symptômes (par exemple dans nos observations 4, 5 et 6), le médecin pense à une coexistence de deux affections chez le même malade : une affection organique et une névrose hypocondriaque. Mais il ne voit entre elles aucune relation.

Il nous paraît que cette attitude du médecin dans les cas qui nous occupent, lui est dictée par la tendance de la médecine contemporaine à faire de la méthode anatomo-clinique la seule méthode d'investigation.

En présence d'un symptôme, le médecin cherche à l'origine de ce symptôme une lésion organique, ou un trouble fonctionnel qui lui permettra de conclure à une lésion, lorsque celle-ci est trop petite pour être décelée à l'examen physique.

S'il ne trouve pas la dite lésion, il met en doute l'authenticité du symptôme, et dit que c'est « nerveux ». S'il s'en tenait à ce mot, et se donnait alors pour tâche d'analyser ce que signifie le symptôme « nerveux », ce serait fort bien. Mais d'ordinaire, il abandonne, à partir de ce moment, toute recherche, et le mot « nerveux » se confond bientôt dans son esprit avec le mot « imaginaire », quand ce n'est pas avec le mot « simulé ».

Une plus juste appréciation des faits nous est fournie par les médecins qui, au mot « nerveux » accolent le mot « fonctionnel ». « Fonctionnel » s'oppose à « lésionnel » ; il indique un trouble de la fonction, sans lésion. Il conduit à superposer à la pathologie lésionnelle que nous devons à l'admirable

méthode anatomo-clinique, mais qui est insuffisante, une pathologie fonctionnelle qui la complète heureusement. Le Professeur ABRAMI, a fait en faveur de celle-ci un chaleureux plaidoyer dans sa récente Leçon d'Ouverture.

Or, parmi les fonctions que la maladie peut troubler sans qu'il y ait production de lésions, il n'y a pas seulement les humbles fonctions des organes. Les fonctions supérieures de la vie peuvent être mises en jeu aussi. La vie psychique est une de ces fonctions.

Pour le comprendre, il nous faut rompre avec le dualisme classique qui considère l'âme et le corps comme radicalement distincts l'un de l'autre. La Médecine vit aujourd'hui sous le signe de ce dualisme, nous l'avons dit déjà dans notre Introduction. Avec le Docteur CORMAN (1), nous pensons qu'il faut revenir à une conception plus unitaire, plus synthétique de l'organisme humain. L'âme et le corps sont dans l'*individu*; ils s'entrepénètrent, ils se prêtent sans cesse un concours mutuel, et on ne peut, à aucun moment de la vie, les séparer sans artifice.

Admettons-nous, avec les Anciens, et avec Saint-Thomas d'Aquin, que l'âme est plurielle, qu'elle comprend : l'âme *végétative* et l'âme *animique*, qui considéreraient aux fonctions de la vie; et l'âme *rationnelle*, à qui serait dévolué la pensée ? Il se peut que cette distinction soit précieuse et qu'il faille la réintroduire un jour dans notre conception de l'homme.

(1) Rapports du physique et du moral de l'homme (Ann. médico-chirurg., 15 nov. 1937).

Elle n'est toutefois pas indispensable à notre démonstration.

Nous voudrions seulement qu'on admette avec nous que la vie psychique et la vie organique ne font qu'un et sont dans une étroite dépendance l'une de l'autre.

Les faits que nous avons observés nous apparaissent alors sous un jour tout nouveau. Nous sommes en droit de nous demander si le syndrome *mise à l'abri* n'exprime pas une réaction particulière de l'organisme dans son ensemble, corps et âme, et si cette réaction n'a pas sa raison d'être dans l'état organique du malade, qui d'une part la susciterait, et d'autre part en serait influencé.

A cette question, nous allons tenter de répondre dans le chapitre qui va suivre.

LA RÉACTION DE MISE A L'ABRI.

Revenons tout d'abord sur les éléments du syndrome que nous avons décrit.

Nous reproduisons à nouveau le tableau opposant la *mise à l'abri* à la *dispersion*.

<i>Syndrome mise à l'abri.</i>	<i>Syndrome dispersion.</i>
Sentiment subjectif de fatigue profonde avec tendance hypocondriaque.	Sentiment subjectif d'euphorie et de vigueur.
Sensibilité vive au bruit, à la lumière. Caractère irritable.	Sensibilité obtuse. Aime le bruit, le mouvement.

<i>Syndrome mise à l'abri.</i>	<i>Syndrome dispersion.</i>
Désir d'être couché, au repos complet; immobilité.	Désir de mouvement; impossibilité de rester au repos, agitation.
Sensation de froid, et désir de rester au chaud.	Sensation de chaleur, tendance à se dévêtir.
Inappétence, refus de manger et même de boire.	Appétit violent. Désir de manger, même quand il ne faudrait pas.
Mutisme ou semi-mutisme.	Loquacité.
Isolement du monde.	Désir de compagnie, de conversation.
Visage immobile, « fermé », « distant ».	Visage très mobile, très expressif.

L'analyse psycho-physiologique des signes qui indiquent la *mise à l'abri* met en évidence d'une manière très nette un *processus d'économie des forces* de l'organisme, nous l'avons déjà signalé au chapitre premier. Cela ressort très clairement de l'attitude de nos malades : en se mettant à l'abri des excitations du milieu ambiant, ils diminuent beaucoup les dépenses de leur organisme. En se couchant et restant dans l'immobilité complète, ils suppriment la dépense musculaire, d'où économie des réserves de glycogène, et suppression des produits toxiques dus à la fatigue.

Le séjour au lit réduit beaucoup la dépense calorique.

L'attitude plutôt hostile à l'entourage, le désir exprimé nettement de rester seul et de se taire, aboutissent de même à une économie de réactions.

L'inappétence, qui entraîne l'abstinence d'aliments

solides et même de boissons, met, elle aussi, au repos les organes digestifs.

Quant au sentiment subjectif de fatigue profonde, avec tendance hypocondriaque et hypersensibilité à toutes les excitations, s'il peut dans quelques cas indiquer une atteinte grave et lui être proportionné, beaucoup plus souvent, il semble indiquer simplement que la conscience prend une part intense aux troubles qui affectent l'organisme. Par là même, ce sentiment subjectif exerce une influence régulatrice en contraignant l'organisme à faire économie de toutes ses forces. Il s'apaise en effet avec le repos, tandis que par la fatigue, il s'exaspère jusqu'à la douleur et ne peut être supporté.

En un mot, le syndrome *mise à l'abri* paraît bien correspondre, à une première analyse, à une *réaction de mise à l'abri* de l'organisme; dans le but de supprimer chez le malade ou chez le sujet simplement fatigué, toute dépense de force de luxe, c'est-à-dire toute dépense de force qui n'est pas indispensable à la conservation de la vie.

RÔLE DE LA SENSIBILITÉ DANS L'ORGANISME.

Pour expliquer la *mise à l'abri*, nous venons de faire jouer un rôle à la sensibilité de l'organisme, en disant que le sentiment subjectif de fatigue, élément essentiel de notre syndrome, s'exagérerait jusqu'à la douleur si le malade voulait dominer sa fa-

tigue et continuer son activité, diminuait au contraire et devenait supportable, dès que l'organisme était mis au repos complet.

L'analyse psycho-physiologique du phénomène nous conduit en effet à penser que la *réaction de mise à l'abri* trouve son explication dans la sensibilité propre de l'individu.

Déjà, dans notre Introduction, nous avons indiqué qu'avec le Docteur CORMAN, nous considérons les différents degrés de la sensibilité comme la meilleure base de classification des tempéraments. Nous voyons en effet dans la sensibilité individuelle le principe régulateur des échanges de l'organisme avec le milieu qui l'entoure, et l'élément essentiel de nos mécanismes de défense contre les agents pathogènes.

Il nous faut revenir ici sur ce rôle de la sensibilité et en donner une démonstration détaillée.

Nous avons dit déjà que la sensibilité est une propriété fondamentale de tous les protoplasmes. A l'échelle de la cellule, on lui donne plutôt le nom d'excitabilité. Grâce à cette propriété, la cellule, soumise aux influences les plus diverses du milieu, réagit de manière à conserver son intégrité et sa vie.

Dans les organismes très évolués, comme celui de l'homme, les différentes fonctions de la vie se distribuent à des organes distincts. Et l'excitabilité devient la propriété plus particulière du système nerveux, dont on sait l'énorme développement chez les vertébrés supérieurs. Mais une distinction très importante doit être faite : celle de la vie nutritive et de

la vie de relation. Les organes de la vie de relation (particulièrement les membres) sont dotés d'une excitabilité très grande, qui s'exerce par l'intermédiaire des nerfs sensibles et moteurs du système cérébro-spinal; ils ont l'apanage de la sensibilité externe, sensibilité cutanée, au sein de laquelle se sont différenciés les cinq sens spéciaux. Nous avons vu dans notre Introduction que le rôle de cette sensibilité externe dans la protection de l'organisme est bien connu.

Les organes de la nutrition, par contre, sont le siège d'une excitabilité bien moins vive, plus obscure, qui s'exerce par les nerfs du système végétatif. (Sympathique et parasympathique). A eux est dévolué cette sensibilité interne, ou cénesthésie, moins bien connue que l'autre, mais dont le rôle dans la protection de l'organisme ne nous paraît pas moins important.

Qu'une action nocive vienne à s'exercer sur un point quelconque de l'organisme, et aussitôt, se déclenchera un *réflexe de défense*, qui neutralisera ou tentera de neutraliser son action. On le sait, ce réflexe parcourt un circuit : l'excitation est portée par le nerf sensitif jusqu'à la moelle, elle y est réfléchie dans le nerf moteur, qui à son tour actionne les muscles. Parfois, l'excitation monte jusqu'au bulbe. Parfois aussi elle passe du système nerveux végétatif dans le système nerveux cérébro-spinal, et vice-versa. Mais, de toutes manières, le phénomène est commun aux deux sensibilités, l'externe et l'interne, quoique prenant des aspects différents.

Donnons-en un exemple. Pour la sensibilité externe, ce sera la main qui d'elle-même se retire d'une flamme, et évite la brûlure.

Pour la sensibilité interne, ce sera le réflexe de vomissement lorsqu'une substance toxique vient au contact de la muqueuse gastrique.

Chez les animaux, il semble que ces mécanismes réflexes de défense obéissent à des instincts constants, et aient une sûreté qui leur permet d'assurer à eux seuls une bonne sauvegarde de l'organisme.

Mais chez l'homme, il n'en va pas de même. La diversité de l'homme, les milieux très variés où il s'aventure ont pour conséquence des dangers plus nombreux, plus inattendus, et il semble que les sensibilités locales soient insuffisantes à y parer.

Ici intervient la *sensibilité consciente*. Lorsqu'une sensation périphérique, dépassant l'axe bulbo-médullaire, parvient aux centres nerveux supérieurs et éveille la conscience, un double phénomène se produit. Primo, l'excitation sensible initiale peut être étudiée et mieux connue; c'est ainsi par exemple, que l'homme serait exposé à manger des champignons toxiques sans que son goût l'avertisse qu'il va s'empoisonner, et sans que son estomac produise dès le début un réflexe libérateur; sa connaissance scientifique des champignons lui permettra de parer au danger.

Secondo, la conscience est une fonction d'intégration.

Dans le réflexe simple, l'organe en danger se dé-

fend tout seul, et, comme il ne peut se soustraire à l'ensemble dont il fait partie, il se défend mal. Lorsqu'au contraire, la conscience est avertie, elle suscite des actes où l'économie toute entière est intéressée, et l'élément nocif est alors éliminé plus sûrement.

Par exemple, si le cœur défaille et crie sa faiblesse, la conscience étant avertie, mettra l'organisme au repos, et l'estomac à la diète, afin de diminuer l'effort du moteur circulatoire.

Les appareils organiques.

Importance de l'extrémité céphalique.

Cette division de l'organisme en organes de la vie de relation et organes de la vie de nutrition, que nous devons au clair génie de BICHAT, est toutefois trop schématique. Dans le corps de l'homme, en effet, nous voyons les deux sortes d'organes s'entrepénétrer. Par exemple, dans l'appareil digestif, certains organes appartiennent à la vie de relation, ainsi la bouche; les autres appartiennent à la vie nutritive.

Respectant cette intrication, et étudiant l'organisme tel qu'il se présente à nos regards, nous sommes amenés à le décomposer, avec Claude SIGAUD, en plusieurs appareils, groupant chacun un ensemble d'organes qui concourent à une même fonction ⁽¹⁾.

(1) On ne trouvera ici qu'un exposé très succinct de cette question. Pour une information complète, on lira avec profit *l'Essai sur le Tempérament*, que le Docteur CORMAN a écrit dans son ouvrage sur *La Constitution Physique des Paralytiques Généraux*.

Dans la profondeur de l'organisme, n'ayant avec le milieu ambiant que des contacts médiats, se trouvent le cœur et les reins, l'appareil cardio-rénal.

Autour d'eux se distribuent quatre appareils :

1° l'appareil sensitivo-musculaire, qui préside aux fonctions de relation (membre et ceinture cutanéomusculaire du tronc);

2° l'appareil respiratoire, qui assimile l'oxygène de l'air;

3° l'appareil digestif, qui assimile les aliments solides et liquides;

4° l'appareil cérébral, où se fait l'intégration de tous les réflexes nerveux, et où siègent les activités conscientes.

Selon la conception de SIGAUD, ces quatre appareils sont périphériques, c'est-à-dire en contact immédiat avec le milieu nécessaire à leurs échanges. SIGAUD les compare volontiers à des bastions avancés qui protégeraient contre les attaques du dehors cette citadelle centrale qu'est l'appareil cardio-rénal.

Nous pensons qu'il faut, comme l'a fait le Docteur CORMAN, corriger la conception de SIGAUD par la considération suivante : chacun des appareils périphériques se compose de deux parties, l'une réellement périphérique et en contact intime avec le milieu ambiant, l'autre plus profonde et ne recevant les influences extérieures que par l'intermédiaire de la précédente.

Ainsi, pour l'appareil respiratoire, la partie périphérique est le *vestibule nasal* (avec les sinus adja-

cents), qui filtre l'air avant qu'il n'arrive aux poumons, partie profonde.

Pour l'appareil digestif, la partie périphérique est le *vestibule buccal*, où s'opère la gustation et la mastication des aliments avant leur pénétration dans le tube digestif proprement dit, partie profonde.

Pour l'appareil sensitivo-musculaire, la partie périphérique est la *peau*, qui enveloppe tout le corps et en particulier les muscles, partie profonde de l'appareil.

Enfin, pour l'appareil cérébral, la partie périphérique est l'*œil*, dont la membrane sensible est, on le sait, un prolongement de la substance même du cerveau, partie profonde.

On notera, comme un fait très naturel, que dans chaque appareil, la partie périphérique est dotée d'une plus grande sensibilité que la partie profonde. Sens de l'odorat, sens du goût, sensibilité cutanée, sens de la vision, voilà pour les quatre appareils. On voit aussitôt que, placés aux portes d'entrée de l'organisme, ces sens sont les gardiens vigilants de son intégrité, de sa santé, et le rôle de la sensibilité est par là prouvé une fois de plus.

Tout ce qui doit, en effet, pénétrer dans l'organisme, passe au crible de l'un de ces sens. S'ils sont précis et délicats, on peut être assuré que le triage nécessaire à une bonne adaptation de l'organisme au milieu, sera fait comme il convient. Si par contre, ils sont obtus, l'organisme ne sera pas protégé et se

laissera envahir sans résistance par toutes sortes d'influences nocives.

Nous ajouterons deux remarques très importantes.

La première concerne le groupement de ces organes des sens à l'extrémité céphalique. Trois sur quatre occupent en effet le visage. Le vestibule bucal, siège du sens du goût, forme avec ses dépendances, les muscles masticateurs et les lèvres, l'étage inférieur de la face. Le vestibule nasal siège de l'odorat, forme avec ses dépendances les sinus, l'étage moyen. L'œil, siège de la vision, avec ses dépendances, paupières et sourcils, est à la limite supérieure du visage, en formant avec le front l'étage supérieur.

Dans l'adaptation de l'organisme humain au milieu extérieur, et dans le maintien de la santé, le degré de sensibilité de l'extrémité céphalique a donc une très grande importance.

C'est cette partie du corps qui intervient le plus dans la régulation des échanges.

La seconde remarque que nous voulons faire concerne la prépondérance de l'appareil cérébral chez l'homme.

Chez les animaux, nous le savons, l'instinct est tout, et la conscience, très obtuse, n'intervient que rarement dans la défense de l'organisme. Par contre, chez l'homme, un grand nombre d'activités instinctives sont contrôlées par la conscience. La complexité de la structure a exigé le développement de plus en plus poussé des fonctions d'intégration et de l'appareil qui les assume, l'appareil cérébral.

Pareil à l'Etat dans une société moderne, le système nerveux central prend à sa charge un nombre toujours plus grand de besognes, et le système nerveux périphérique n'est plus qu'un humble servant, sans initiative propre. On le voit bien lorsque les connexions entre l'appareil cérébral sont interrompues par la maladie ou par un accident : l'homme est devenu incapable de vivre. Tandis que la grenouille décérébrée est encore capable d'une série d'activités, et même le poulet auquel on a coupé le cou, peut encore courir et s'enfuir.

Or, l'appareil cérébral est tout entier contenu dans le crâne, qui a chez l'homme, on le sait, un très grand développement.

Cette seconde remarque vient donc à l'appui de la première pour souligner l'importance prépondérante de l'extrémité céphalique chez l'homme. Nous allons voir maintenant les conséquences qu'on en peut tirer pour la morpho-physiologie.

Morpho-physiologie des vestibules.

Vestibules ouverts. — Vestibules abrités.

Il n'a jusqu'ici existé en Médecine aucun moyen pour apprécier de quelle manière se font les échanges avec le milieu, selon le tempérament. C'est qu'on cherche souvent bien loin, dans des analyses compliquées, ce qui est à la portée immédiate de nos sens.

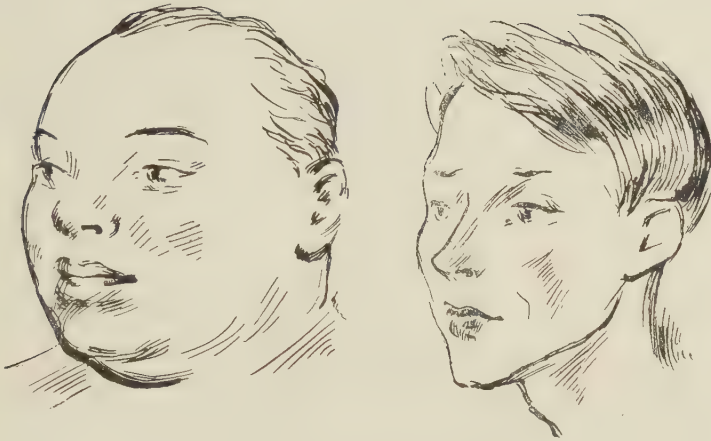
Qu'on regarde dans un visage la forme des vestibules sensoriels. Par eux le milieu ambiant communique avec le milieu intérieur; et par eux seulement, car partout ailleurs la peau forme un revêtement continu. Comment se fait cette communication? Est-elle libre; les vestibules sont-ils grand'ouverts et n'offrent-ils aucune résistance à la pénétration? Ou bien est-elle contrôlée; un mécanisme de fermeture est-il prêt qui jouera au moment opportun? Regardez le visage, de face, puis de profil. Vous serez en mesure de répondre à ces questions.

Quand les vestibules sensoriels sont largement ouverts aux échanges avec le milieu extérieur, voici quelle forme ils ont (figures 1 et 2).

La commissure de la bouche est large. Les lèvres sont grosses, charnues, mollement au contact l'une de l'autre, et se détachant en avant des parties voisines. A chaque instant, elles s'entr'ouvrent, découvrant largement les dents, par exemple dans le sourire.

Le nez est large, à sa racine comme à sa base. Surtout, il est « retroussé », les ouvertures narinaires étant largement ouvertes en avant, et s'offrant au regard de celui qui examine le visage de face.

Les yeux sont grands, c'est-à-dire qu'ils paraissent tels parce qu'ils sont à fleur de tête. On sait en effet que le volume réel du globe oculaire varie très peu d'un homme à un autre, les variations portant beaucoup plus sur le volume apparent, qui dépend de la forme et de la position des paupières, et surtout du degré d'enfoncement de l'œil dans l'orbite.



FIGURES 1 et 2.

Les vestibules ouverts.

Ces portraits donnent deux figurations importantes des « vestibules sensoriels ouverts ». Dans l'un comme dans l'autre, il faut souligner la forme très particulière des appareils sensoriels. La bouche est large, volontiers entr'ouverte; les lèvres sont charnues et épanouies. Le nez est large, surtout à sa base, les narines sont largement ouvertes, comme on le voit bien en considérant le visage de face. L'œil est à fleur de tête, grand ouvert; les deux sourcils sont à distance de l'œil et très écartés l'un de l'autre.

Cependant, la structure n'est pas la même dans les deux sujets. Chez l'un, toutes les parties sont charnues; le « cadre » du visage est large et gras; les vestibules sensoriels participent de ce caractère. Chez l'autre par contre, le cadre est étroit, sec, et les vestibules sensoriels ont, de ce fait, une structure plus délicate.

Mais, dans les deux cas, bouche, nez et œil sont largement ouverts au milieu. Ils ne peuvent se soustraire à la pénétration de l'ambiance dans l'organisme. Par ces béantes portes d'entrée, tout pénètre, choses bonnes et choses nocives. Il en résulte que les hommes dotés d'appareils sensoriels de ce type sont exposés à toutes les influences du milieu, et, si le milieu est malsain, ils tombent malades.

Si, regardant le visage de profil, on place une règle devant l'œil, en l'appuyant sur les surfaces osseuses voisines, le rebord orbitaire au-dessus, la pommette en dessous, cette règle occupera par rapport au globe oculaire une position différente selon les cas. Dans le cas de « vestibules ouverts », la règle touche l'œil;

c'est l'*indice de rétraction zéro*, (on verra plus loin ce que signifie cette expression) (figures 3 et 4).

La position du sourcil par rapport à l'œil est très caractéristique : le sourcil dessiné à grande distance du globe une courbe arrondie.



FIGURES 3 et 4.

L'indice de rétraction de l'œil.

Ces deux profils schématiques indiquent bien ce que nous appelons « indice de rétraction de l'œil ». Une règle appliquée au contact des saillies osseuses qui sont au-dessus et au-dessous de l'œil, passe à une distance variable du globe oculaire. Il est rare qu'elle doive comprimer l'œil pour venir au contact des parois de l'orbite. Souvent elle touche l'œil; l'indice de rétraction est alors égal à 0; à mesure que l'œil se « rétracte » dans l'orbite, la règle s'en éloigne; le nombre de millimètres dont elle en est séparée mesure l'indice de rétraction; il est rare qu'il dépasse 10.

La mimique compte autant que la morphologie des parties, surtout à l'étage cérébral. On note que la zone intersourcilière, celle que surplombe la racine du nez, est sans ride; on n'y voit pas, en tous cas, ces rides verticales que la science de l'expression donne comme indiquant la méditation, ou la concentration douloureuse. Par contre, il est presque constant d'observer sur le front des rides horizontales, en nombre va-

riable; à certains moments, il peut se former, au niveau de ces rides, de véritables plis transversaux, et on observe alors que la contraction du muscle frontal attire les sourcils, déjà haut placés, encore plus vers le haut (figure 5).



FIGURE 5.

Mimique frontale du réagissant.

Nous avons vu (figure 1) que le sourcil est haut placé chez le tempérament à vestibules ouverts (ou type réagissant). Ceci s'observe déjà au repos. Mais dans la mimique, cette disposition peut être encore plus marquée, par suite de la contraction habituelle du muscle frontal, dessinant sur la peau du front une série de rides horizontales parallèles.

Cette mimique donne au regard une expression tantôt naïve, tantôt étonnée.

Telle est la morphologie des « vestibules ouverts ». La tendance physiologique qu'elle indique n'était pas soupçonnée avant que le Docteur CORMAN ne la découvrit. Après tout ce que nous avons dit, elle apparaîtra dans son évidente simplicité.

Les « vestibules ouverts » sont réellement ouverts au milieu.

Pour l'appareil digestif, la forme particulière que

nous avons décrite correspond à ceci : que lorsque se présentera quelque victuaille, elle sera absorbée, même si l'organisme n'a pas un réel besoin de nourriture à ce moment là. Toute chose qui passe à portée est goûtée, et toute chose goûtée reconnue comme bonne est avalée. C'est la bouche du gourmand. Une telle bouche a peu de souci de la qualité et de la quantité. Tout lui paraît bon; elle se nourrit de tout, et absorbe aussi bien les choses nocives que celles qui sont bienfaisantes. En ce qui concerne la quantité, elle ne sait pas s'arrêter à temps, d'où un autre danger.

Pour l'appareil respiratoire, la structure « vestibule ouvert » correspond à une absorption aveugle des gaz de l'atmosphère. Si l'atmosphère est impure, l'absorption se fait quand même.

Pour l'appareil cérébral, la structure que nous avons décrite est d'une interprétation plus délicate. Elle indique une sorte de passivité des centres nerveux à l'égard des impressions qui lui parviennent du milieu ambiant. Tout est sur le même plan. Tout est accepté comme bon pour l'organisme. D'où il résulte que le sujet paraît s'adapter à toutes les situations.

Nous ajouterons que cette facilité à tout accepter et à tout mettre sur le même plan, en ce qui concerne les choses extérieures, ce type de tempérament le montre aussi pour les impressions qui, de son propre organisme, parviennent à son cerveau.

Ceci mérite quelque développement. Lorsqu'une excitation se produit en un point quelconque de l'organisme, elle suscite, nous l'avons vu, des réflexes lo-

caux qui tous, à des degrés divers, tendent à la sauvegarde de la partie du corps affectée. Nous avons vu aussi que, dans beaucoup de cas, cette excitation peut monter jusqu'aux centres nerveux supérieurs, et « avertir » la conscience. Là aussi, elle peut être acceptée ou repoussée, toujours selon le principe de sauvegarde. et la conscience dicte dans les deux cas au corps l'attitude qu'il doit prendre. Eh bien, quand la structure de l'œil indique cette acceptation facile des impressions extérieures dont nous avons parlé, le cerveau, dont l'œil n'est que le prolongement, a la même structure, ou plus exactement la même physiologie : il laisse passer. Toutes les excitations qui lui parviennent de l'organisme lui paraissent favorables, et il n'en repousse aucune.

Il est facile de conclure de cela que, lorsqu'un individu est doté de « vestibules ouverts », il est sans défense contre le milieu. Tout ce que le milieu lui donne, il l'absorbe. Tant vaut le milieu, tant vaudra l'homme. Et, pour ne nous placer ici qu'au point de vue de la santé, si le milieu est sain, l'homme sera sain ; si le milieu, par contre, contient des éléments nocifs, l'homme tombera malade.

C'est dire encore que, pour qu'un homme de ce tempérament se maintienne en bonne santé, il devra être *protégé* contre les agents nocifs, donc vivre dans un milieu spécialement fait pour lui, dont les éléments dangereux seront éliminés.

Or, ce tempérament est celui de l'enfant. Il suffit de regarder un visage d'enfant (figure 6) pour s'en

convaincre : vestibules ouverts. On sait en effet, que l'enfant ne peut pas résister à ses désirs ni aux sollicitations du milieu, qu'il ne sait pas quel est son appétit, ni quand il faut s'arrêter de jouer, ni quand il prend froid, ni si l'air est pur, ni d'une manière générale quels sont les dangers qui le menacent dans le



FIGURE 6.
Petit Enfant.

Ce portrait-type d'enfant met bien en évidence que l'enfant appartient au tempérament à vestibules ouverts. Considérez la forme de la bouche, constamment entr'ouverte, aux lèvres charnues et vermeilles, le nez « à la retroussette », les yeux globuleux et candides.

milieu environnant. On sait aussi, et pour nous, c'est un simple corollaire, qu'il est très exposé à tous les agents pathogènes, et que, si on ne le place pas durant les premières années dans un milieu protégé, on court grand risque de le perdre.

Nous avons, au chapitre premier, attiré déjà l'attention sur cette tendance particulière à l'enfant, en si-

gnalant la fréquence du syndrome dispersion chez lui. Nous aurons encore l'occasion d'y revenir.

Il convient maintenant d'examiner, en partant des données précédentes, comment se réalisent les *vestibules abrités*.

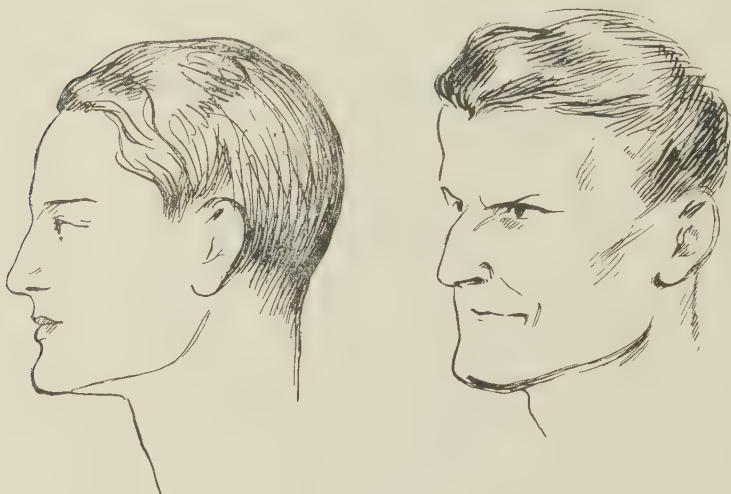
Le mécanisme morpho-physiologique qui entre ici en jeu a pour effet de soustraire dans une certaine mesure les surfaces sensorielles au contact immédiat du milieu. Ces surfaces sensorielles se *retiennent du milieu* et *s'abritent* derrière les parties voisines.

Examinons d'abord le résultat morphologique de cette transformation. Nous en verrons ensuite le dynamisme physiologique.

Au vestibule digestif, voici ce qu'on observe : la commissure est souvent plus étroite; les lèvres sont souvent plus minces; en tout cas, elles ne s'épanouissent plus, vermeilles, vers le dehors, elles sont « rentrées » et pressées avec fermeté l'une contre l'autre; elles ne s'entr'ouvrent plus aussi aisément; le sourire, en particulier, a plus de retenue et ne découvre pas les dents. De plus, tandis que, dans le cas des vestibules ouverts, la bouche saille sur le plan du visage, ici, elle est au contraire en retrait, très en arrière de la saillie du menton (figures 7 et 8).

Au vestibule respiratoire, les narines, porte d'entrée, se sont retirées derrière la saillie du lobule; elles sont moins largement ouvertes et ne sont plus visibles

de face. Presque obligatoirement, le nez prend le type « aquilin » ou « crochu ».



FIGURES 7 et 8.

Les vestibules abrités.

Le mécanisme morpho-physiologique de la mise à l'abri des organes sensoriels nous est mal connu dans son essence, mais bien connu dans ses résultats. Les figures ci-dessus en montrent deux degrés : mise à l'abri moyenne et extrême.

Chez le premier (figure reproduite comme la suivante, des *Quinze Leçons de Morpho-psychologie*, du Docteur Corman), le retrait des surfaces sensibles par rapport au milieu a redressé tout le profil. La bouche est encore charnue, mais les lèvres tendent à rentrer, et se pressent l'une l'autre avec fermeté. De plus, elles sont en quelque sorte protégées par la saillie du menton. Les narines sont modérément ouvertes et placées derrière le lobule. Les yeux sont un peu rentrés dans l'orbite; le sourcil est droit et peu distant. L'ensemble donne une impression de mesure et d'équilibre.

Chez le second, le modelé est beaucoup plus tourmenté, fait de creux et de bosses. Les lèvres ne s'épanouissent plus du tout; elles sont écrasées l'une sur l'autre, et la bouche se retire dans un creux entre les saillants du menton et du nez. De même les ouvertures narinaires sont dissimulées et protégées par la saillie du dos et de la pointe du nez. Enfin, les yeux sont profondément encastrés dans l'orbite.

Au vestibule cérébral, les yeux se sont enfoncés dans l'orbite, c'est-à-dire rétractés, selon la termino-

logie sigaudiennne. On en apprécie le degré en recherchant l'indice de rétraction, dont nous avons parlé précédemment.

La règle appuyée devant l'œil sur les surfaces osseuses avoisinantes, reste écartée de la face antérieure du globe par un intervalle que l'on peut mesurer (Fig. 4). C'est l'indice de rétraction de l'œil, qui peut atteindre jusqu'à 10 millim. dans les cas extrêmes.

Plus l'œil est rétracté, plus il paraît petit, toutes choses égales d'ailleurs.

Dans la majorité des cas, les paupières entourent le globe de plus près, et cernent la prunelle.

Pour le sourcil, il quitte sa position élevée, se rapproche de l'œil, et tend à la ligne droite. De plus, les deux sourcils sont assez rapprochés l'un de l'autre, et la mimique habituelle : le froncement des sourcils, tout en creusant entre eux une ride verticale, les rapproche encore un peu plus.

Cette disposition *abritée* des vestibules correspond toujours à une *sensibilité plus vive* que la disposition *ouverte*. Elle indique à coup sûr que les organes sensoriels ne reçoivent plus sans contrôle les influences du milieu, qu'ils sont capables de se fermer devant certaines impressions, que par là, ils sont devenus des organes de sélection.

Pour le sens du goût, cela signifie que l'homme sait choisir ses aliments et en mesurer la quantité en rapport avec ses besoins. Gourmet plus que gourmand Si quelque substance peut lui nuire, il est très probable qu'il la rejettera après l'avoir goûtée.

Pour le sens de l'odorat, il est aussi beaucoup plus délicat. Le flairer se fait d'un peu loin, et les narines se ferment devant quelque odeur qui n'indique pas une atmosphère saine.

Pour la vision, ou plus exactement pour l'œil considéré comme un témoin de la sensibilité cérébrale, *la rétraction indique d'une manière certaine une conscience plus délicate et plus précise de toutes les impressions qui parviennent au cerveau.*

Le Docteur CORMAN y insistait déjà avec son élève Franck TISSOT, dans un article publié en 1934 ⁽¹⁾. Nous allons reproduire le passage et les figures qui l'illustraient; ainsi on saisira mieux combien nos points de vue sont proches parents.

« On sait, écrivaient les Docteurs CORMAN et TISSOT, « que les excitations sensibles, aussi bien celles qui « se produisent à la périphérie du corps que dans « l'intérieur de celui-ci, sont le point de départ de « mouvements réflexes dont le rôle dans la sauve- « garde de l'organisme est souvent évident (par « exemple mouvement de fuite devant un objet maté- « riel traumatisant, vomissements en cas d'injection « de poison). Ceci vaut pour le règne animal tout en- « tier. Mais chez l'homme, le développement de l'ap- « pareil cérébral introduit la conscience. Parmi les « excitations sensibles, certaines, dépassant l'axe ré- « flexe bulbo-médullaire, atteignant l'appareil céré- « bral; dès ce moment, elles sont le point de départ

(1) De l'importance du tempérament dans le pronostic des maladies. *Science médicale pratique*, 15/1/34.

« de réflexes d'un ordre plus élevé et d'actes volon-
« taires. En même temps que ses fonctions de con-
« naissance, l'appareil cérébral a donc un rôle de
« *vigilance* : il assure l'intégration des actes défen-
« sifs de toutes les régions de l'économie. Mais cela
« n'est vrai que lorsque son degré d'excitabilité l'ac-
« corde aux autres appareils. Lorsqu'il n'en est pas
« ainsi, la fonction de vigilance est troublée. Tantôt
« elle est excessive : l'appareil cérébral est d'une ex-
« citabilité telle qu'il perçoit avec une intensité ac-
« crue jusqu'à la douleur, les moindres excitations
« touchant l'organisme. Tantôt elle est en défaut : à
« la faveur de l'hypoexcitabilité de l'appareil céré-
« bral, les impressions éprouvées par les autres ap-
« pareils ne lui parviennent que diminuées, si même
« elles lui parviennent.

« Dans ce cas, bien que le corps ait conservé sa
« sensibilité propre et tente de se défendre contre
« l'agression morbide, la vigilance de l'appareil cé-
« rébral ne s'exerçant plus, il pourra se produire si-
« lentement de graves lésions dans les organes.
« L'euphorie qu'on observe alors passe depuis long-
« temps pour un signe de haute gravité : ainsi chez
« certains phthisiques, chez certains cardiaques, chez
« les idiots et les déments ».

Il nous paraît inutile de commenter ce texte, tant il est clair. Nous préférons emprunter les deux portraits qui l'illustrent et la légende qui explique ces portraits (figures 9 et 10).

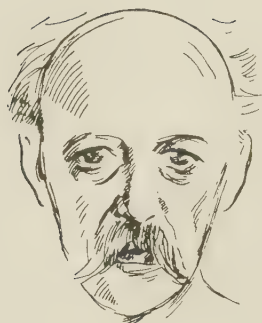


FIGURE 9.

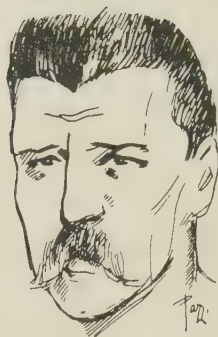


FIGURE 10.

« Ces figures illustrent de la manière la plus précise l'op-
« position de l'appareil cérébral hypoexcitable (9) et de l'ap-
« pareil cérébral hyperexcitable (10). En effet, la structure
« du visage est à peu près la même chez les deux person-
« nages : seuls diffèrent le front et les yeux. Chez le pre-
« mier, un sujet atteint d'hypertrophie cardiaque à la phase
« de décompensation, et ignorant de la gravité de son mal,
« les yeux sont globuleux, le crâne vaste et arrondi. Chez
« le second, un sujet présentant à l'état habituel une légère
« tendance hypocondriaque, l'œil est petit et encaissé dans
« l'orbite, le front est étroit, peu élevé, nettement délimité
« par le creux des tempes et la ligne brisée des cheveux ».

Les vestibules abrités signifient donc, en résumé, que l'individu ne se laisse pas pénétrer sans résistance par tout ce que son ambiance lui apporte, qu'il opère un triage conforme aux intérêts de son organisme. Même dans un milieu où se trouvent des éléments malsains, un tel tempérament pourra se maintenir en bonne santé. Il renferme en lui (dans la sensibilité et la structure de ses vestibules sensoriels) un principe de régulation.

Si par exemple, il agit, son action sera réglée par lui-même. Suscitée par les excitations du milieu, elle ne se laissera cependant pas mener par elles, elle sera proportionnée aux forces de l'organisme. Et, quand la fatigue viendra, l'organisme se mettra au repos, même si les excitations du milieu continuent de se déverser sur lui. Cas bien différent de ce qu'on observe chez le sujet à vestibules ouverts, qui ne peut se soustraire aux excitations, et se trouve forcé d'y répondre, au besoin jusqu'à l'épuisement complet des forces vitales (figures 15 à 22).



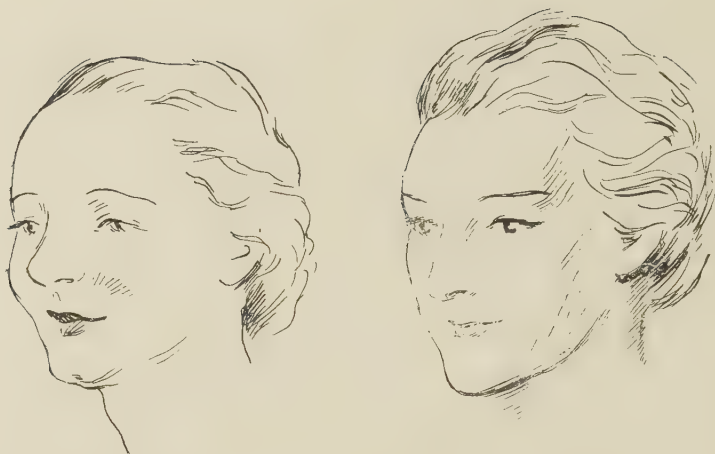
FIGURES 11 et 12.

Enfants : Vestibules ouverts et vestibules abrités.

Voici deux garçons de même âge, autour de 10 ans, l'un pris sur le vif, l'autre reproduit d'après le peintre Arthur KAMPE.

Chez le premier (figure extraite des *Quinze Leçons de Morpho-Psychologie* du Docteur Gorman) vestibules sensoriels largement ouverts au milieu.

Chez le second, vestibules abrités. Si on le compare au précédent, on constate que la bouche est d'un tracé plus ferme et mieux close; que le nez, légèrement aquilin, abrite ses ouvertures derrière un lobule saillant, et que les yeux, quoique grands, sont nettement enfoncés dans l'orbite. Le sourcil est d'ailleurs à petite distance de l'orbite, et cette disposition, ajoutée à la rétraction de l'œil, confère au regard une expression de sérieux réfléchi bien particulière. A noter encore l'attitude de la tête légèrement penchée en avant, comme pour scruter les objets environnants.



FIGURES 13 et 14.

Femmes : Vestibules ouverts et vestibules abrités.

Les mêmes caractères peuvent se retrouver dans le visage féminin (figures extraites des *Quinze leçons de Morpho-Psychologie* du Docteur Corman).

Vestibules ouverts. Ce n'est ici ni la lourdeur de la figure 1, ni la minceur des traits de la figure 2, mais un modelé intermédiaire. Bouche fine, mais épanouie. Nez arrondi, à narines bien ouvertes. Œil grand, très ouvert, avec sourcil en arc assez distant de l'œil. Mimique habituelle animée et souriante.

Vestibules abrités. Considérez les lèvres, les narines et les yeux, et voyez vous-mêmes à quel degré ils sont abrités. L'ensemble donne une impression de fermeté et de sérieux.

Réaction de mise à l'abri et réaction de dispersion.

Par ces remarques, nous rejoignons nos observations du chapitre premier.

Le tempérament à vestibules ouverts ne peut se reposer s'il reste dans l'ambiance où il s'est fatigué. Pour se reposer, il faut qu'il s'isole. Si par contre, les excitations du milieu continuent d'agir sur lui, il con-

tinue de réagir par des mouvements, et des actes, et disperse ses forces jusqu'à un état d'épuisement qui peut être dangereux. Du fait de cette tendance à réagir à toute excitation, nous l'appelons *type réagissant*. C'est, nous l'avons vu, le cas le plus habituel chez le jeune enfant, de par sa structure morpho-physiologique. Et rien n'est plus commun que d'observer chez l'enfant les *signes de dispersion*. De même, il est très commun chez l'enfant, de constater cette impossibilité à résister aux sollicitations du milieu, que nous avons donnée comme caractéristique du tempérament à vestibules ouverts; nous savons bien, par exemple, que la gourmandise est le péché de cet âge, et que les indigestions sont fréquentes lorsqu'on n'y prend pas garde.

Très différente est la réaction du tempérament à vestibules abrités, lorsque vient la fatigue. C'est la réaction de *mise à l'abri*.

Et cette rencontre des deux mots « vestibules abrités » et « mise à l'abri » n'est pas le fait du hasard, ni d'un choix intentionnel; elle résulte de la nature même des faits que nous étudions ici.

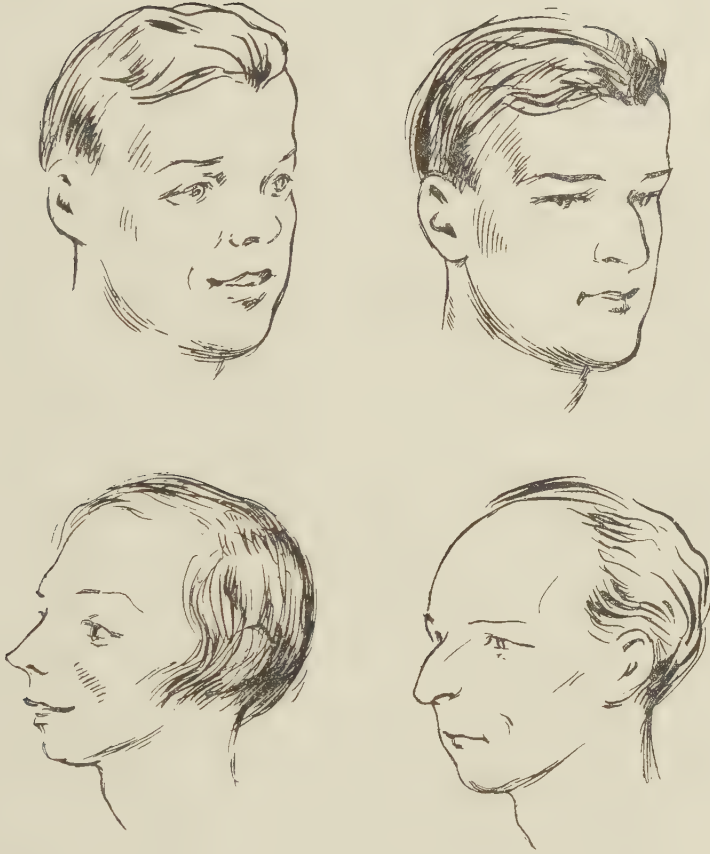
C'est ici le lieu de montrer par les faits comment se justifie notre affirmation que la sensibilité individuelle est le grand régulateur du tempérament. Nous savons, par l'étude qui vient d'être faite, que les vestibules sensoriels *abrités* traduisent une sensibilité plus vive que les vestibules *ouverts*. Cette sensibilité sera donc alertée de bonne heure quand viendra la fatigue. Subjectivement, cette alerte se traduira par



FIGURES 15 à 22.

Vestibules ouverts et vestibules abrités.

Nous avons considéré seulement dans notre travail la morpho-physiologie des vestibules, et nous avons laissé de côté celle du « cadre » qui forme les contours et les parties pleines du visage. Il nous a été impossible de tout dire et d'indiquer en particulier les propriétés différentes des vestibules sensoriels selon la forme du cadre. La question a été traitée par le Docteur CORMAN dans son ouvrage *Quinze Leçons de Morpho-Psychologie*, mais surtout



du point de vue psychique. Nous lui empruntons sa classification en Type dilaté (fig. 15 et 16), Type rétracté latéral (fig. 17 et 18), Type rétracté de front (fig. 19 et 20), Type rétracté de base (fig. 21 et 22). Après les descriptions que nous avons données précédemment, il nous paraît superflu d'indiquer en détail l'opposition entre les vestibules ouverts et les vestibules abrités. Elle ressort directement de l'examen des portraits ci-dessus.

un malaise, que le sujet cherchera à supprimer, comme nous cherchons toujours à supprimer ce qui nous est pénible. La réaction de mise à l'abri est cette tentative de suppression du malaise. Rappelons que dans les signes de mise à l'abri, nous avons mentionné le « sentiment subjectif de fatigue profonde », et d'une manière plus générale, l'hypersensibilité : hypersensibilité au bruit, au froid, à la lumière. Nous avons noté aussi que ces sentiments de malaise diminuent par la mise à l'abri, tandis que par la continuation d'une activité, ils s'exaspéreraient jusqu'à la franche douleur et ne pourraient être supportés. Il nous paraît que, par là, la preuve est faite de l'action régulatrice de la sensibilité, et de la manière particulière dont se fait cette régulation chez les tempéraments à vestibules sensoriels abrités. (cf. aussi figures 11, 12, 13 et 14).

Toute aussi nette est l'opposition de nos deux types de tempérament, en ce qui concerne l'absorption d'une substance toxique susceptible de déterminer des désordres dans l'organisme. Choisissons la plus répandue de toutes : l'intoxication alcoolique. Les cas en sont si fréquemment observés qu'il est extrêmement facile de vérifier sur des exemples nombreux les propositions que nous allons énoncer.

On le sait. Chaque homme a sa manière particulière de se comporter dans l'ivresse. On incrimine d'ordinaire dans les formes ou les degrés de l'ivresse la qualité et la quantité des boissons alcooliques in-

gérées. Mais précisément la sensibilité du vestibule digestif, et aussi celle du vestibule cérébral, permettent à chaque individu d'apprécier cette qualité et cette quantité selon les convenances de son organisme.

Certains réagissent à l'ingestion d'alcool par des signes de *dispersion* : sentiment de bien-être et d'accroissement des forces, excitation physique et mentale, excitation génésique, volubilité. Cet état s'accompagne, comme tout syndrome dispersion d'une diminution de sensibilité (on peut aisément l'apprécier en mesurant le temps de réaction qui, on le sait, est toujours augmenté au début de l'ivresse, malgré le sentiment contraire de l'individu). Cette diminution de sensibilité favorise beaucoup l'ingestion de nouvelles doses d'alcool, en même temps qu'elle rend le buveur moins délicat sur la qualité de ce qu'il boit. Par là, elle permet à l'ivresse complète de se constituer, avec la somnolence et l'abattement complet des forces qui remplacent alors l'excitation du début.

Le type morpho-physiologique du réagissant (à vestibules ouverts) est donc particulièrement exposé à l'ivresse, et on observera que les buveurs d'habitude ont en effet très fréquemment les traits du visage que nous avons décrits et figurés.

Chez d'autres individus, on observe, après ingestion d'une petite quantité d'alcool, les signes de *mise à l'abri* : sentiment de malaise pénible, mal de tête, fatigue générale, refus de boire, mutisme, désir de solitude, et irritabilité de caractère rendant le sujet peu sociable. Quand une telle réaction se produit, elle

soustrait le sujet à la table des beuveries et lui ôte toute envie de boire. De sorte que le sujet ne va jamais jusqu'à l'ivresse complète, qu'il est promptement dégrisé, ce qui, bien évidemment, le soustrait à une intoxication plus profonde.

Si nous avons insisté sur le cas de l'ivresse, c'est qu'il illustre d'une manière assez simple notre conception, étant donné qu'il s'agit ici de la pénétration dans le milieu intérieur de l'organisme d'une substance toxique.

Il nous paraît cependant qu'on peut étendre les remarques faites au sujet de l'alcool à toutes autres pénétrations de substances nocives dans l'organisme. Au premier abord, notre explication paraîtra en défaut pour toute une catégorie d'agents pathogènes, pourtant une des plus importantes : celle des microbes. On ne voit pas bien, semble-t-il, comment ces infiniment petits pourraient être sentis au passage des vestibules sensoriels, et arrêtés. Certes, le mécanisme n'est pas tout à fait le même; mais cependant des réflexes de défense analogues peuvent entrer en jeu puisqu'on sait bien en pathologie le rôle très important des conduits nasal et buccal dans la filtration des microbes. Ajoutons le rôle encore plus important du revêtement cutané.

Le tempérament à vestibules abrités semble donc plus apte à se défendre contre l'absorption des microbes, que le tempérament à vestibules ouverts. Et c'est bien ce que l'expérience montre en effet.

Il n'y peut cependant échapper tout à fait. Et,

partant, il n'est pas entièrement à l'abri des atteintes de la maladie infectieuse.

Disons tout de suite que, d'après ce que nous avons observé, il a l'apanage des réactions morbides franches, qui dès le début se déclarent nettement, suivent un cours régulier, et se terminent spontanément par la guérison.

On y observe d'une façon constante le syndrome *mise à l'abri, à un degré proportionné à la gravité de la maladie.*

Pourquoi cette suppression partielle ou totale des échanges avec le milieu extérieur ? Parce que ces échanges apparaissent comme une activité de luxe. C'est un luxe de se remuer lorsqu'on est fatigué. C'est un luxe que de dépenser sa chaleur. Luxe encore une alimentation solide lorsque le corps reste immobile. Luxe enfin que la vie sociale, les échanges de sourires et de conversation avec l'entourage.

En supprimant toutes les dépenses de luxe, l'organisme rassemble ses forces pour lutter contre l'agent pathogène. Par le repos musculaire et la diète hydrique, il supprime la plus grande part des produits de désassimilation dont foie et rein doivent débarrasser l'organisme; il permet donc à ces organes importants de se consacrer aux toxines supplémentaires résultant de la maladie. De même, le travail du cœur se trouve diminué. De même, la chaleur du corps se trouve conservée, et la fièvre nécessaire à la guérison est entretenue avec moins de frais.

Il est bien rémarquable que l'empirisme ait dé-

couvert depuis longtemps les avantages de cette mise à l'abri, dont nous apportons ici une explication rationnelle, et dont nous essayons de démontrer le mécanisme.

S'il est en effet une règle d'hygiène dont les bons effets n'ont jamais été contestés dans les maladies aiguës, chez les fiévreux, c'est bien la règle du repos au lit, en chambre chauffée, avec diète hydro-lactée.

Dans les affections chroniques, tout particulièrement dans la plus répandue : la tuberculose, c'est encore l'empirisme qui a découvert la grande vertu thérapeutique du repos. Il faut considérer combien la cure sanatoriale s'efforce de réaliser la mise à l'abri du tuberculeux. Repos, d'abord absolu, puis mitigé d'efforts progressifs, en intensité et en durée. Dosage soigneux des heures de repos et des heures de promenade. Cures de silence. Suppression totale des veillées. Discipline de la toux.

Il est aussi bien curieux de remarquer que ces disciplines hygiéniques sont facilement acceptées par les tempéraments à vestibules abrités, tandis qu'on rencontre dans leur application aux tempéraments à vestibules ouverts les plus grandes difficultés.

Tels sont ces fiévreux qui sans cesse se découvrent; ne tiennent pas dans leur lit, veulent continuellement se lever, se plaignent à chaque instant « de n'avoir rien mangé depuis 2 jours », s'ennuient lorsqu'ils sont seuls, et s'animent si bien en compagnie de leurs amis, qu'après les visites, la fièvre monte d'un degré. Un pas de plus et le syndrome *dispersion*

fait place à une sorte de délire avec agitation, qui reproduit en plus accusé, le même tableau symptomatique (figure 2).

Si la maladie évolue favorablement, le malade, à peine défervescent, trompe ou lasse la surveillance de ceux qui le soignent, dérobe quelque victuaille, se lève prématurément, s'expose à la fatigue ou au froid. Et le voilà exposé à quelque rechute, parfois plus grave que l'affection initiale.

De même, ces réagissants se plient très difficilement à la cure sanatoriale. Pour peu qu'ils en aient l'occasion, ils prennent sur les heures de repos, sur la cure de silence, pour faire quelque visite mondaine ou quelque excursion. Là où la continence serait de règle, car elle est une économie de force, ils cèdent aux sollicitations de leurs instincts et s'épuisent en d'éphémères passions.

Le type réagissant compensé.

Dans tout ce qui précède, nous avons opposé deux types de tempérament selon la structure morpho-physiologique des vestibules sensoriels telle que la révèle l'examen du visage : le tempérament à vestibules ouverts, que nous avons appelé aussi type réagissant, et le tempérament à vestibules abrités. A chacun d'eux, nous avons attribué une réaction particulière dans les états de fatigue et de maladie. Au

réagissant, la réaction de *dispersion*. A l'autre, la réaction de *mise à l'abri*.

Si, à la lumière de ces explications, on se met à observer des malades, si, par exemple, on analyse la structure morphologique des individus dont nous avons publié les observations au chapitre premier, on ne trouve pas cette opposition schématique et simple. Il reste bien exact que le tempérament à vestibules abrités a toujours, au moment opportun, la réaction de *mise à l'abri*. Mais il n'est plus vrai que le réagissant réagisse toujours par la *dispersion*. Plusieurs de nos malades ayant présenté le syndrome *mise à l'abri*, sont en effet des réagissants.

C'est qu'il nous faut maintenant faire intervenir un facteur nouveau : la *compensation*. Nous allons l'expliquer. Mais pour le faire, il nous faut remonter un peu loin, et considérer tout d'abord le rythme universel auquel obéissent toutes les actions humaines et tous les processus biologiques. La vie, en effet, oscille constamment, comme le pendule. Et l'oscillation la plus caractéristique est, chez tous les hommes, l'alternance du jour et de la nuit. Le jour, activité, exaltation de toutes les fonctions de l'économie. La nuit, repos, mise en veilleuse de ces mêmes fonctions. Le jour est *dispersion*; la nuit est *mise à l'abri*. Chez l'homme en bon équilibre, ces deux périodes sont équivalentes; c'est le cas en particulier du tempérament à vestibules abrités.

Chez le tempérament réagissant, lorsque celui-ci est placé dans un milieu riche en excitants de toutes

sortes (la grande ville, une vie mondaine, une activité variée, etc...), l'activité des jours prend souvent sur le repos des nuits. Il arrive aussi que le sommeil n'est pas bon, inégal, coupé de fréquents réveils, ou meublé de rêves fatigants. Si l'on ajoute à cela que le réagissant vit ses jours avec intensité, ne sachant pas se ménager de temps à autre des instants de détente et de repos, on comprendra facilement que ce tempérament dépense plus de forces qu'il n'en possède et épuise ses réserves.

Et c'est alors, au bout de quelques mois, ou de quelques années, un changement profond et soudain. Ou bien une maladie aiguë se produit à laquelle, très souvent, cet organisme épuisé succombera. Ou bien, on voit se développer une tuberculose chronique d'évolution souvent grave.

Ou bien encore, l'organisme réagit par ce qu'on est convenu d'appeler une psycho-névrose dépressive. Le caractère du sujet est alors changé du tout au tout : inertie de toutes les fonctions, celles du corps comme celles de l'esprit, et la plupart des signes qui traduisent une réaction de *mise à l'abri* très accusée. Parfois l'hypocondrie domine au point de s'imposer comme le signe dominant, et on parle alors de névrose hypocondriaque.

Cette psycho-névrose dépressive dure un temps variable. Le plus souvent elle guérit, et le sujet, ayant récupéré de la force, recommence sa vie antérieure de réagissant. Le même phénomène pourra se répéter deux fois, plusieurs fois, et il se constituera une

psychosé périodique. L'organisme, ne pouvant trouver un point d'équilibre, oscille ainsi d'un extrême à l'autre.

Faisons remarquer en passant que, dans la Médecine contemporaine, où la psychiâtrie est séparée des autres spécialités, on attache peu d'intérêt clinique à ces psycho-névroses. Dès qu'un trouble conduit le malade au psychiatre, il semble qu'il cesse d'intéresser le médecin tout court. Nous pensons, avec le Docteur CORMAN, que cette attitude est fâcheuse pour l'avancement de la Médecine, et que l'étude du tempérament, bien conduite, pourra faire la jonction entre la Médecine organique et la Médecine mentale, pour le plus grand profit de l'une et de l'autre.

Revenons au type réagissant. Ces périodes dépressives nous apparaissent comme des *compensations* aux périodes de dépenses exagérées (même lorsque ces dernières n'avaient, aux yeux de l'entourage, aucun caractère morbide). Mais il s'agit là de compensations brutales, qui dépassent la mesure, et déséquilibrent l'individu.

Il existe des cas où la compensation se fait beaucoup mieux, et ce sont ces cas que nous avons en vue en parlant de *type réagissant compensé*.

Entre les deux types de tempéraments que nous avons opposés, celui dont les vestibules sont ouverts, et celui chez qui ils sont abrités, il y a place pour des types intermédiaires.

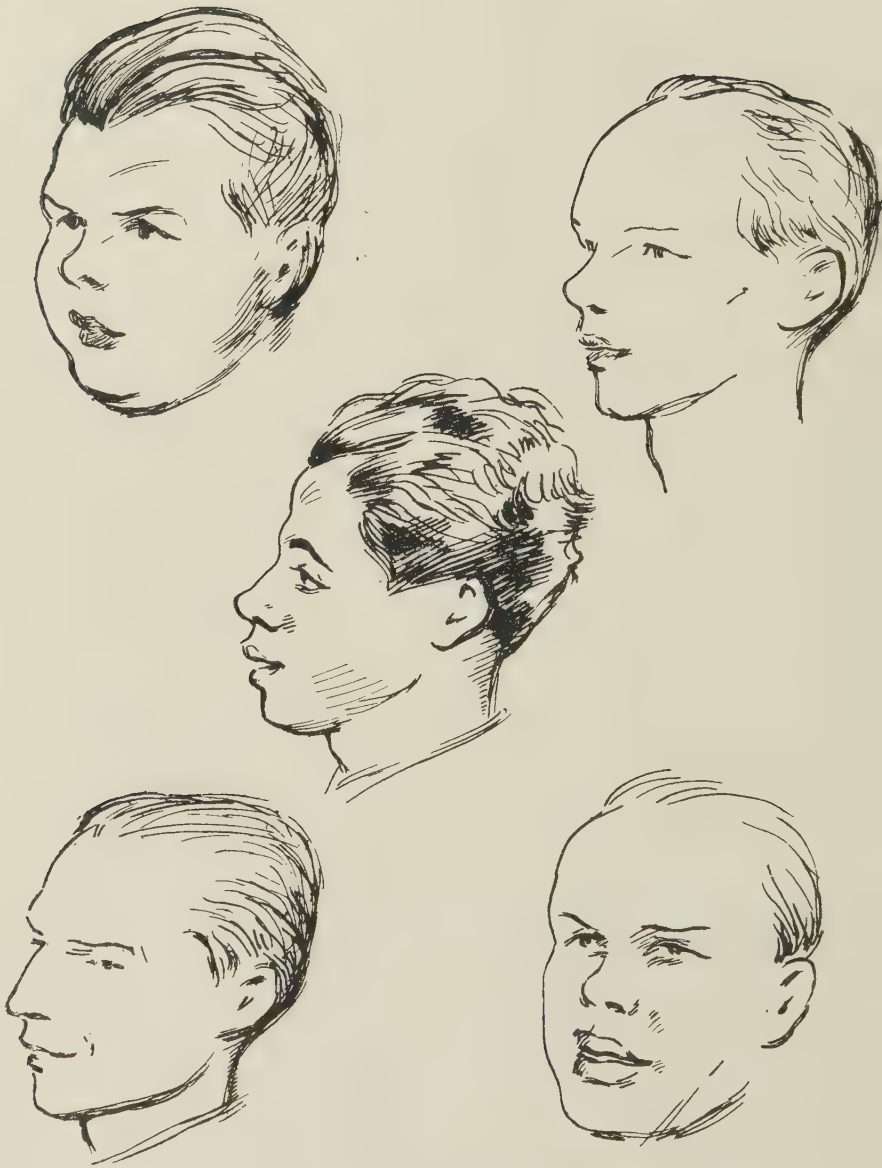
Il y a en premier lieu des degrés de passage très nombreux entre eux : vestibules un peu moins ou-

verts, vestibules légèrement abrités, vestibules un peu plus abrités, vestibules franchement abrités (cf. fig. 7-8). Pour l'œil, par exemple, on observe tous les degrés entre l'indice 0 et l'indice 10.

En second lieu, les trois vestibules sont dans une large mesure indépendants l'un de l'autre. Nous n'avons jusqu'ici fait allusion qu'à des ensembles homogènes où les trois vestibules ont le même degré de rétraction, et nos figures les ont représentés tels. Mais il est fréquent qu'il n'en soit pas ainsi. On peut facilement apprécier le nombre des combinaisons morphologiques qui peuvent se produire : en limitant pour chaque vestibule les variations à trois (ouvert, demi-abrité, abrité), il y en aura déjà 27.

L'une de ces combinaisons va nous retenir. C'est celle dans laquelle les vestibules digestif et respiratoire étant ouverts, l'œil est abrité à un degré variable. Nous en donnons quelques figurations (figures 23 à 27.)

Dans un tel cas, l'organisme a une tendance spontanée à se comporter en réagissant, et à absorber sans contrôle ce que le milieu lui apporte (vestibules digestif et respiratoire). Cependant, l'appareil cérébral est d'une sensibilité vive (œil rétracté). On peut dire qu'il veille à la place des organes. Et, avant même que la santé ait sérieusement fléchi, pour une fatigue, ou une intoxication, ou une infection légère, l'appareil cérébral, ou si l'on préfère, la conscience, commandera à l'organisme dans son entier la réaction de *mise à l'abri*.



FIGURES 23 à 27.
Variétés du réagissant compensé.

Qu'on ne s'attende pas à ce que cette réaction soit toujours exactement proportionnée au danger couru par l'organisme, comme elle l'est chez le tempérament à vestibules abrités. Non, ici, il y a des secousses, quelques heurts; la réaction souvent dépasse un peu le but. Mais les oscillations de l'activité sont de faible amplitude. Elles sont, d'autre part, beaucoup plus nuancées; et ne donnent à aucun degré cette impression d'alternance périodique fatale que l'on éprouve à considérer la psychose maniaque-dépressive.

On peut donc à bon droit parler ici de compensation. Et c'est chez les réagissants compensés de ce type que nous avons observé le plus souvent les réactions de *mise à l'abri* bien caractérisés. Tous les sujets dont nous avons publié les observations appartenaient à ce type, avec quelques variantes.

Il reste bien évident, après tout ce que nous avons dit, qu'il s'agit de « sujets nerveux »; et nous comprenons maintenant comment il faut entendre ce terme : individus dont le système nerveux est vigilant. Certes, il arrive souvent que la réaction nerveuse dépasse le but; la *mise à l'abri* est alors disproportionnée, en intensité ou en durée, à la gravité du mal. Et c'est dans de tels cas qu'on peut à bon droit prononcer le mot d'hypocondrie. Mais c'est tout simplement que les réactions de défense de l'organisme n'ont pas une sûreté parfaite, et qu'elles peuvent être en deçà ou au delà de ce qui conviendrait. L'expérience enseigne que la réaction « au delà »

est préférable, car elle protège plus sûrement l'organisme.

Elle n'a par ailleurs aucun inconvénient sérieux. Il arrive toutefois que la réaction de défense persiste quand tout danger est écarté. A un degré léger, le fait est fréquent; le type réagissant compensé, quand il est fatigué, se repose peut-être plus qu'il n'en est réellement besoin. Que si à ce moment, une tâche urgente se présente, il se trouvera soudainement debout, et tout à fait dispos. C'est ce changement soudain, très caractéristique, nous l'avons vu, de la fin des réactions de *mise à l'abri* qui fait croire à l'entouragé que le sujet « le faisait exprès ».

A un degré plus accusé, la réaction peut persister un temps très long, alors que tout indique par ailleurs la guérison de la maladie. Et cette *persévération de la mise à l'abri* nous paraît rendre compte d'un grand nombre de cas de *névrose hypochondriaque*. Rien n'est plus fréquent d'observer le fait chez les tuberculeux pulmonaires en voie de guérison; notre observation 6 en fournit un exemple. Il s'agit d'ordinaire de formes de tuberculose assez bénignes : fibreuses, ou ulcéro-fibreuses, bien localisées. La réaction de *mise à l'abri* se produit, soit dès le début de la maladie, soit dans le cours de celle-ci. Mais, fait curieux, au moment où, les lésions étant cicatrisées, elle devrait disparaître, elle s'intensifie au contraire et prend alors le masque d'une véritable névrose, soit névrose hypochondriaque simple, soit névrose agoraphobique, soit névrose de

claustration. Ces faits n'ont été mentionnés que dans d'assez rares travaux ⁽¹⁾. L'attention des médecins ayant été beaucoup plus attirée par les rapports de la démence précoce et de la tuberculose. Il n'est cependant pas un médecin qui n'en ait eu des exemples dans sa pratique. Il est en tous cas d'observation constante que seuls les tuberculeux qui guérissent font de ces névroses, et jamais les tuberculeux qui meurent. Et cette observation vient rejoindre toutes celles que nous avons faites jusqu'ici sur la valeur pronostique de la réaction de *mise à l'abri*.

(1) En particulier de l'Ecole de Montpellier, du D^r PAGES et de ses élèves JAULMES et MAS.

CHAPITRE III

APPLICATIONS A LA MEDECINE

Intérêt de la réaction de mise à l'abri pour le pronostic des maladies.

L'interprétation que nous venons de donner du syndrome *mise à l'abri*, regardé par nous comme une réaction de défense de l'organisme, peut être considérée comme une hypothèse de travail. Si cette hypothèse est vraie, si l'expérience la vérifie, nous devons nous attendre à ce que les maladies où l'on observe la dite réaction aient toujours une terminaison favorable, quelle que soit la gravité apparente des symptômes.

Il en est en effet ainsi. Dans la grande majorité des cas, la guérison se produit. Nous ajouterons même qu'elle se produit parfois avec une soudaineté qui surprend, et que l'affection peut se terminer avant les délais escomptés.

Certes, on nous dira avoir observé ces mêmes signes révélateurs de *mise à l'abri* dans des affections mortelles, et spécialement au moment de l'agonie. Mais il nous paraît bien que, dans ces cas

encore, l'organisme tente de se défendre, de regrouper ses forces; la réaction de défense avorte, soit qu'elle ait été trop tardive, soit qu'elle ait été débordée par la gravité du mal. Dans de tels cas d'ailleurs, la maladie traîne et l'agonie est longue, ce qui est en faveur de notre opinion.

En dehors de ces cas, d'ailleurs rares, les faits qu'on observe sont tous calqués sur les observations que nous avons publiées au chapitre premier.

Particularité bien digne d'être signalée, et qu'on trouve dans plusieurs de nos observations. Le moment où le malade semble le plus gravement touché, et où le syndrome *mise à l'abri* est le plus intense, précède souvent de peu la terminaison favorable.

Il nous paraît donc qu'à la faveur de notre étude, on peut introduire en Médecine quelques nouvelles règles de pronostic. Nous les formulerons ainsi :

1.

Lorsqu'au cours d'une maladie aiguë ou chronique, on observe un syndrome mise à l'abri plus ou moins accusé, le pronostic est favorable et il est même possible que la maladie guérisse dans des délais assez courts.

2.

Par contre, lorsqu'on observe un syndrome dispersion; le pronostic doit être réservé, et il est franchement mauvais si les signes de dispersion accompagnent un état par ailleurs assez grave.

3.

L'apparition d'une névrose hypochondriaque au cours d'une affection organique chronique, quelle que soit la gravité des signes de celle-ci, indique toujours un ralentissement de l'évolution du mal, et souvent il en annonce la guérison complète.

Le fait est particulièrement saisissant dans la tuberculose.

Règles d'hygiène et de thérapeutique.

La Médecine contemporaine donne une grande place à l'hygiène, si l'on en juge par les efforts qu'elle a fait depuis Pasteur pour prévenir les maladies, d'une part en détruisant les agents pathogènes, d'autre part en immunisant l'homme contre leurs actions nocives par la vaccinothérapie.

Cette méthode a fait ses preuves. Mais elle est incomplète, car elle néglige cet élément essentiel : qu'on ne peut préserver un individu contre une maladie, s'il ne fait pas lui-même des efforts pour s'en préserver. Comme le dit souvent le Docteur CORMAN, on chasse la maladie par la porte, elle rentre aussitôt, travestie, par la fenêtre. On a débarrassé l'Europe de la variole, mais l'alcoolisme fait à lui seul plus de ravages que toutes les épidémies réunies.

La condition du système nerveux, sa manière de réagir aux influences nocives est, en effet, comme nous espérons l'avoir bien fait comprendre, le mé-

canisme régulateur de la santé. Loin de voir dans les phénomènes douloureux de la maladie des choses qu'il faut supprimer (voyez la fortune des antinévralgiques et des hypnotiques !), nous les considérons comme des réactions de défense utiles, dont le médecin doit tenir le plus grand compte, et qu'il ne doit jamais chercher à faire disparaître par un traitement symptomatique, quel que soit le désir qu'a le malade d'être soulagé tout de suite.

Le Docteur CORMAN nous a montré combien souvent, dans les affections chroniques, on voit la réaction de *mise à l'abri* traitée par les toniques, et par les plus violents d'entre les toniques, nous voulons dire surtout la strychnine, la kola, la caféine. Autant vaut bâtonner un cheval qui, épuisé par une longue course, s'est couché par terre ! Qu'obtient-on ainsi ? L'organisme défaillant se relève, fait quelques pas, et retombe de plus belle.

Ayant compris la nature exacte de la réaction de *mise à l'abri*, nous considérons cette manière de se comporter à son égard comme préjudiciable au malade.

Certes, on objectera que, si le malade sent si vivement de besoin de *mise à l'abri*, il devrait expliquer clairement son sentiment au médecin et accepter de bon cœur le repos qu'il sent nécessaire, au lieu de se plaindre de son état de fatigue, et d'appréhender d'être gravement atteint.

Cela serait en effet, si la réaction dont nous parlons était une réaction consciente. Elle l'est parfois.

Mais, dans la majorité des cas, elle est plus instinctive que consciente. Certes, les centres nerveux supérieurs sont informés d'une souffrance de l'organisme, c'est eux qui donnent, en quelque sorte, l'ordre de *mise à l'abri*; mais c'est par un processus tout instinctif, sans que la réflexion lucide y ait la moindre part.

Il arrive même souvent qu'il y a conflit entre la conscience et cette activité instinctive des centres nerveux. Contre le besoin de *mise à l'abri*, la raison s'insurge. « Il faut réagir », dit-elle à l'organisme, tu dois tenir bon, tu dois continuer », et il se peut que sa voix soit écoutée, que le sujet, malgré sa fatigue ou malgré sa fièvre, se force à aller de l'avant, sans plus se soucier de l'impression d'épuisement qu'il ressentait.

Il importe donc que le médecin connaisse bien les signes de *mise à l'abri*, et sache conduire ses prescriptions dans le sens qu'ils lui indiquent au lieu de les contrecarrer.

L'ENFANT.

La chose est particulièrement importante chez l'enfant. A cet âge, d'une part les réactions de défense sont toujours purement instinctives. D'autre part, la réaction de *mise à l'abri* est rare, et, en tous cas, n'est jamais que partielle. Deux raisons qui se conjuguent pour indiquer combien, chez l'en-

fant, les mécanismes de défense sont loin d'être au point.

Nous avons vu déjà qu'au début de la vie, du fait de la structure *réagissante* de l'organisme, la réaction habituelle est la réaction de *dispersion*. La fatigue et la maladie se traduisent par une dispersion des forces. Ce que cela veut dire, nous l'avons vu. Cela veut dire que, aussi longtemps que le milieu ambiant agira sur l'organisme pour l'exciter, l'organisme réagira en dépensant ses forces. Par contre, si vous supprimez les excitations autour de l'enfant, bien que la tendance réagissante ne soit alors aucunement modifiée, le calme renaît.

Si vous laissez un enfant fatigué au milieu des jeux de ses camarades, ou dans la société des grandes personnes, ou dans une soirée, il ne sentira pas sa fatigue et se dépensera sans compter jusqu'à l'épuisement. Soustrayez-le au contraire à cette atmosphère, isolez-le, mettez-le au repos, la dispersion des forces cesse aussitôt, et la fatigue se répare.

Réunissez des enfants autour d'une table chargée de nombreux mets succulents. Unissez l'abondance et la variété. Vous en verrez bien peu qui diront à temps : « Je n'ai plus envie ». La plupart iront jusqu'à l'indigestion. Soustrayez au contraire l'enfant qui n'a plus faim à la vue des aliments, et il cessera de les désirer.

De même, un enfant malade doit être soustrait à tout ce qui peut exciter ses désirs. Il ne faut pas qu'il

soit tenté par le désir d'aller jouer, ni par le désir de manger ce que les autres mangent.

La fréquence de ce syndrome *dispersion* chez l'enfant nous commande donc une vigilance particulière.

Il ne faut pas demander à l'enfant ce qu'il sent. Les questions si souvent entendues : « As-tu encore faim ? », « As-tu froid ? », « Es-tu fatigué ? », n'auraient un sens que si l'enfant était capable de prendre conscience des besoins de son organisme. Comme dans la majorité des cas, il ne l'est pas, les réponses qu'il fait à ces questions sont sans aucune valeur, et on n'en doit pas tenir compte pour régler l'hygiène de cet âge.

L'enfant ne pouvant assurer sa propre sauvegarde doit donc être protégé par nous. Médecins et parents se doivent d'étudier objectivement le régime de vie qui convient à l'enfant aux divers âges, et d'appliquer ce régime sans demander à l'enfant ce qu'il en pense.

De même, l'appréciation de la gravité d'une maladie ne pourra guère tenir compte des sensations de l'enfant. Il faudra toujours procéder à une analyse très objective des symptômes.

La constatation du syndrome *dispersion*, loin de faire conclure à une affection bénigne, devra au contraire commander quelques réserves pronostiques. Il sera bon, dans un tel cas, de rechercher s'il n'y a pas dans le milieu, dans le régime alimentaire suivi, ou dans l'intensité de la fièvre, une cause à cette dispersion, et d'agir en conséquence pour la faire cesser.

A mesure que l'enfant grandit, son tempérament réagissant se modifie. Les vestibules sensoriels tentent à s'abriter. Le type réagissant devient *compensé*. C'est alors qu'on peut observer la réaction de *mise à l'abri*. Nous devons insister sur ce fait que, très souvent, elle n'est que *partielle*. Elle peut se borner à un seul symptôme. Par exemple :

Inappétence,

Paresse.

Bouderie.

Pâleur du visage avec cerne sous les yeux,

D'ordinaire, on s'attaque à ces symptômes de la même manière qu'on s'attaque à la douleur, c'est-à-dire directement. C'est une mauvaise méthode. Il faut tout au contraire considérer ces symptômes comme des signes d'alarme, comme des éléments du syndrome *mise à l'abri*, et se comporter en conséquence. Il nous souvient d'avoir vu à la Consultation neuropsychiatrique du Docteur CORMAN une fillette de 8 ans, amenée là parce qu'elle présentait depuis 3 semaines une nervosité extrême et que, refusant presque toute nourriture, elle avait beaucoup maigri. Devant l'intensité des signes nerveux, on pensa au début d'une névrose, et on était disposé à porter le diagnostic d'anorexie mentale. La thérapeutique que ce diagnostic commandait était l'isolement et la nourriture forcée. Mais la famille ne voulait pas se séparer de la fillette. On fit alors un traitement symptomatique, en prescrivant le repos complet, qui ne fut pas observé.

Quinze jours après le premier examen, la fillette avait encore perdu 200 gr. (cela faisait 800 gr. en 5 semaines). Elle était revenue de l'école avec 39° de fièvre, des frissons et une anorexie complète. Avait demandé à se coucher tout de suite, se sentant très fatiguée. La fièvre avait continué, plus modérée, les jours suivants. Quatre jours après, se déclarait un ictère franc du type catarrhal. Il dura trois semaines, puis guérit. La petite malade retrouva son appétit, reprit les kilogs perdus, et sa nervosité morbide disparut pour faire place au caractère habituel du sujet, qui comporte une assez grande émotivité.

L'inappétence prolongée et très marquée était donc, dans ce cas, un signe de *mise à l'abri*, et la combattre par une alimentation forcée eût sans doute été la plus grande erreur, étant donné l'évolution ultérieure de l'ictère.

Comme il n'est pas rare qu'une maladie, avant de se manifester par les signes caractéristiques que font faire le diagnostic, détermine, des jours ou des semaines à l'avance, des troubles vagues de la santé, constituant en quelque sorte une période d'incubation, il est très possible que l'on observe alors un ou plusieurs signes de *mise à l'abri*. L'organisme sent la maladie à l'avance.

Aussi, avant de qualifier ces signes de « nerveux », ou même « d'imaginaires », on se trouvera bien de les observer quelque temps, et de ne conclure à un état névropathique pur qu'après une analyse attentive de l'état général et de l'état des organes.

L'ADULTE.

Selon la conception du Docteur CORMAN, la maturité de l'homme, c'est précisément d'avoir acquis un système nerveux vigilant susceptible d'assurer la sauvegarde de l'organisme dans les milieux les plus divers où il sera exposé à vivre.

Nous avons examiné quelles sont les conditions morpho-physiologiques de cette maturité. Rappelons que la persistance à l'âge adulte du type morphologique réagissant, est l'indice certain que cette maturation nerveuse ne s'est pas faite. Si de tels visages donnent une impression de jeunesse, c'est aux dépens de la résistance nerveuse aux influences nocives de toutes sortes.

Par contre, les visages à vestibules abrités (cf. figures 15-22) indiquent une bonne résistance nerveuse, et correspondent à une vitalité bien plus grande.

Qu'en conclure pour l'hygiène ?

Primo, que les hygiénistes doivent s'efforcer de faire acquérir à l'enfant qui devient homme cette maturité nerveuse qui, mieux que tous les vaccins, lui permettra de résister à la maladie. Certes, l'influence héréditaire est prépondérante dans cette évolution. Chez certains, elle s'amorce dès le jeune âge (cf. fig. 12). Chez d'autres, elle ne se fera jamais. Mais dans une certaine mesure, le mode de vie, le régime et l'éducation peuvent agir pour la favoriser.

Secundo, pour la protection de la santé individuelle, il faudra s'inspirer des constatations morphologiques. Nous pouvons affirmer qu'un tempérament à vestibules abrités, quel que soit le milieu dans lequel il est placé, saura assurer sa propre sauvegarde et se défendre contre les influences nocives. Nous ne voulons pas dire qu'il ne sera jamais malade. Mais il montrera dans la maladie une bonne résistance vitale et en guérira heureusement.

Par contre, le tempérament à vestibules ouverts devra être placé dans un milieu protégé. Il est bon qu'il reste là où il a vécu dans son enfance, et qu'il suive en toutes choses la tradition de ses pères. S'il s'aventure dans des milieux nouveaux, il court le risque de laisser pénétrer dans son organisme quelque influence pathogène, et de se trouver désarmé pour lutter contre elle. Si par exemple campagnard, ayant vécu son enfance dans une région indemne de tuberculose, il vient plus tard à la ville, il court grand risque de faire une tuberculose grave de primo-infection, et de mourir là où l'homme à vestibules abrités aurait résisté.

Le type réagissant compensé qui, a été l'objet particulier de cette étude, se comportera d'une manière intermédiaire aux deux autres.

C'est chez ce dernier que l'intervention de l'hygiéniste sera particulièrement utile. La compensation est en effet souvent incomplète. Dans d'autre cas elle est excessive. D'un côté, réactions de défense insuffisantes, de l'autre hypocondrie avec ses conséquences

fâcheuses pour l'épanouissement de l'individu et sa vie sociale. Il faut tenir le juste milieu.

Chez les réagissants trop faiblement compensés, qui ont une tendance trop manifeste à la réaction de *dispersion*, il faut tâcher de cultiver cette sensibilité cérébrale que nous avons vu être l'élément le plus sûr de la sauvegarde de l'organisme.

Chez les réagissants trop compensés, qui, nous l'avons vu, se mettent à l'abri pour un danger minime et y restent quand le danger a disparu, ce qui est la définition même de l'hypocondrie, il y a lieu, au contraire, de modérer une sensibilité cérébrale excessive.

Le régime alimentaire, l'hygiène du mouvement ont une importance ici.

Mais l'éducation joue un rôle encore bien plus grand.

Aux réagissants trop faiblement compensés, il faudra enseigner de bonne heure à se soustraire aux excitations trop nombreuses, à introduire une sorte d'écran entre le monde extérieur et eux-mêmes. Les excitations artificielles de la vie des grandes villes leur sont préjudiciables. Ils devront vivre le plus possible à la campagne, au contact de la nature. Ils devront aussi, par la méditation, se cultiver une vie intérieure. Ce regroupement des forces que constitue une heure de méditation est un exercice des plus salutaires pour la défense de l'organisme contre la maladie.

Aux réagissants trop compensés, et qui versent dans

l'hypocondrie, il faut donner des conseils très différents. La solitude ne leur vaut rien. Il faut qu'ils sortent d'eux-mêmes, qu'ils s'oublient de temps en temps, qu'ils cessent d'analyser le fonctionnement de leur organisme et d'appréhender la maladie. La meilleure chance pour eux sera sans doute d'être nés au sein d'une famille nombreuse où, quoiqu'il en ait, chacun doit prendre soin de son voisin et se gêner pour lui.

On voit que, pour obtenir cette détente nerveuse, nous ne recommandons pas de médicaments. Quelques-uns, certes, peuvent être d'utiles adjuvants. Mais ceux qui sont capables, par leur action, de diminuer la sensibilité des centres nerveux (analgésiques et hypnotiques) sont dangereux. C'est la détente que nous recherchons, non l'anesthésie. Et nous ne devons pas oublier que, en présence d'un agent nocif, le système nerveux doit être capable de retrouver instantanément toute sa sensibilité. Une tendance hypocondriaque légère n'est donc pas un mal, pourvu qu'elle n'isole pas l'homme de la vie sociale à laquelle il doit se consacrer.

CONCLUSIONS

I

Par les études que nous avons faites avec le Docteur CORMAN à l'aide de la méthode morpho-physiologique, nous avons été conduits à accorder au tempérament, à la réaction individuelle un rôle très important dans le maintien de la santé et la défense contre la maladie.

Dans ce domaine, nous avons observé au cours des états de fatigue et dans plusieurs affections certains signes fonctionnels, groupés par nous en un syndrome : le *syndrome mise à l'abri*, qui nous a semblé traduire une réaction particulière à certains types d'organismes.

Ce syndrome revêt parfois une forme inquiétante, et pose dans ces cas un problème de diagnostic différentiel avec certains états toxiques ou inflammatoires des centres nerveux. Mais il ne traduit aucune lésion, il est purement fonctionnel. Et dans la grande majorité des cas, les maladies dans lesquelles on l'observe se terminent par la guérison. Ainsi en était-il dans les six observations que nous publions.

Nous avons montré que ce syndrome correspond à une réaction de défense de l'organisme, à la faveur

de laquelle celui-ci fait économie de toutes ses forces, et les concentre en quelque sorte pour mieux résister à l'agression pathogène. Ainsi s'explique le fait que, le syndrome *mise à l'abri*, malgré son allure parfois alarmante, annonce presque toujours une guérison prochaine.

En opposition avec ce syndrome, nous avons été amenés à décrire le syndrome *dispersion*, dont les signes sont exactement inverses, et qui indique une défense défectueuse de l'organisme; il est dans les cas graves d'un mauvais pronostic.

II

Analysant les conditions dans lesquelles se produisent ces réactions de *mise à l'abri* et de *dispersion*, nous avons été amenés à appliquer à l'étude de nos cas la méthode morpho-physiologique, et à examiner comment se réalise l'adaptation de l'individu au milieu qui l'entoure.

La structure des organes sensoriels, et particulièrement celle des organes du goût, de l'odorat et de la vision, qui occupent dans le visage humain une position privilégiée, nous est apparue comme le facteur principal de régulation des échanges entre l'homme et son milieu. C'est aussi cette même structure qui favorise ou empêche la pénétration dans l'organisme des éléments nocifs.

Nous avons montré que ces « vestibules sensoriels » sont tantôt *ouverts* aux influences du milieu, tantôt

abrités de ces influences d'une manière plus ou moins accusée. Nous avons figuré ces structures par des portraits.

En cheminant, nous avons constaté le rôle tout privilégié de l'appareil visuel, vestibule de l'appareil cérébral. Il indique, selon nous, l'état fonctionnel des centres nerveux supérieurs qui font la synthèse de toutes les fonctions de l'économie.

Ayant montré que la réaction de *dispersion* est le propre du *tempérament à vestibules ouverts*, que nous appelons encore *type réagissant*, nous avons fait voir que la réaction de *mise à l'abri*, si importante en Médecine, s'observe surtout chez le *tempérament à vestibules abrités* en partie ou en totalité. Nous avons insisté sur le cas, très fréquent, du *type réagissant compensé*, cas auquel la plupart de nos observations appartiennent, et nous avons, à son propos, souligné l'importance du degré de rétraction de l'œil dans l'orbite, mesuré par *l'indice* de rétraction.

En passant, nous avons mentionné les relations très étroites qui existent entre la réaction de *mise à l'abri*, et l'hypocondrie, qui, lorsqu'elle est très prononcée, mérite le nom de névrose hyponcondriaque, et nous avons formulé une hypothèse concernant la nature de cette névrose particulière.

III

Notre étude nous a conduits à formuler de nouvelles règles pronostiques.

1. — *Lorsqu'au cours d'une maladie aiguë ou chronique, on observe un syndrome mise à l'abri plus ou moins accusé, le pronostic est favorable et il est même possible que la maladie guérisse dans des délais assez courts.*

2. — *Par contre, lorsqu'on observe un syndrome dispersion, le pronostic doit être réservé, et il est franchement mauvais si les signes de dispersion accompagnent un état par ailleurs assez grave.*

3. — *L'apparition d'une névrose hypocondriaque au cours d'une affection organique chronique, quelle que soit la gravité des signes de celle-ci, indique toujours un ralentissement de l'évolution du mal, et souvent il en annonce la guérison complète. Le fait est particulièrement saisissant dans la tuberculose.*

IV

La connaissance de ces réactions de *mise à l'abri* et de *dispersion*, est, selon nous, très importante pour l'hygiène individuelle.

La rareté de la réaction de *mise à l'abri* chez l'enfant, et le fait que quand cette réaction s'observe à cet âge, elle est toujours incomplète, nous font toucher du doigt la fragilité des mécanismes de défense dans les premières années de la vie. Le fait que le type morpho-physiologique habituel de cet âge et le type réagissant est en accord avec notre remarque. Il faut en conclure que l'enfant n'étant pas armé pour se défendre contre les influences nocives du milieu,

nous devons écarter de lui ces influences, le maintenir dans une atmosphère saine.

A mesure que l'évolution de l'être humain se poursuit, nous avons vu le type morpho-physiologique se modifier, et tendre à la structure « vestibules abrités ». A tout le moins, chez les tempéraments qui conservent quelque chose des « vestibules ouverts » de l'enfant, se produit-il des « compensations », en particulier celle qui se manifeste par la rétraction des yeux, signe d'hypersensibilité cérébrale. Dans tous ces cas, nous avons observé la réaction de *mise à l'abri* dans les états de fatigue, et dans les maladies, aussi bien aiguës que chroniques. Et nous avons considéré cette évolution comme l'indice d'une maturation du système nerveux facteur essentiel dans la défense de l'être vivant. Pour la favoriser, cette maturation, nous avons indiqué les préceptes d'hygiène qu'il convient de mettre en pratique.

Vu, Le Président de la Thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu, Le Doyen
M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE DU TEMPERAMENT DANS LA MEDECINE CONTEMPORAINE

- ALLENDY. — Les tempéraments (Paris-Vigot, 1922).
—— Orientation des idées médicales (Paris, 1929).
—— Les bases d'une notion de tempérament. (*Hygiène Mentale*, 1926).
- ARONE. — La morphologie humaine (Paris, 1915).
- BATESON. — The human temperament and their applications
Dietet and hygien. (*Gaz de New-York*, 1912, p. 275).
- BAUER. — Die konstitutionnelle Disposition zu inneren
Krankheiten. (*Berlin-Springer*, 1927).
- BIOT. — La renaissance de la notion de tempérament. (*Progrès Médical*, Août 1927).
- BIOT (René). — Le corps et l'âme. (Paris Plon, 1938).
- CAROLI et CORMAN. — La constitution morphologique des ulcéreux. (*Archives des maladies de l'app. digestif*, Janvier 1935).
- CARTON. — Diagnostic et conduite des tempéraments. (Paris Doin, 1926).
- CHAILLOU et MAC AULIFFE. — La morphologie médicale (Paris, 1912).
- CORMAN. — Les quatre tempéraments des Anciens. (*Gazette Méd. de France*, 15 fév. 1932 et 5 mars 1932).
—— La Constitution physique des Paralytiques Généraux, contenant un Essai sur le tempérament. (*Thèse Paris*, 1932. Doin).
- CORMAN et TISSOT (F.). — De l'importance du tempérament dans le pronostic des maladies. (*Sc. méd. pratique* 15 janvier 1934).
- CORMAN et ALBEAUX-FERNET (M.). — Les trois types lymphatiques. (*Semaine des Hôp. de Paris*, 15 avril 1934).

- CORMAN. — Quinze leçons de morpho-psychologie. Un volume (avec 80 portraits. A. Legrand, Paris, 1937).
- Rapports du physique et du moral de l'homme. (*Annales médico-chirurgicales*, 15 nov. 1937).
- Morphologie et Tempérament. (*L'Orientation Médicale*, Octobre 1936).
- DE LAMBERT. — Les éléments Fondamentaux et l'Objet de la Physiologie Clinique. (*Les Sciences Médicales*, Paris, 31 mars 1932).
- Morphologie et Synthèse Clinique. (*L'Homéopathie Moderne*, 15 mars 1935).
- DELORE. — Les tendances de la Médecine Contemporaine. (Paris, Masson).
- DIFFRE. — La Forme et le Rendement. Tests de Contrôle. (*Nutrition*, tome 8, n° 4).
- DRAPER et TOURAINE. — The Man-environment unit and peptic ulcer. (*Arch. of internal Medicine*, Avril 1932, Vol. 49).
- GIOVANNI. — Commentarii di clinica medica desunti delle morphologia del corpo umano.
- HOUSSAY. — La forme et la vie (1 volume).
- JACQUELIN. — Directives en pratique médicale. Terrains et tendances morbides. (Masson, 1935).
- KRETSCHMER. — Structure du corps et caractère. (Traduit de l'Allemand, 1930, Paris, Payot).
- LAVILLE. — Fondements de la Physiomorphologie. (*L'Homéopathie Moderne*, 15 mars 1935).
- LENCLOS. — Etude objective du Tempérament; appl. à la thérapeutique homéopathique. (Peyronnet, Paris, 1932).
- LEOPOLD-LÉVY. — Le Tempérament et ses Troubles; les glandes endocrines. (Ed. Oliven, Paris).
- LÉVI-VALENSI. — Coup d'œil sur le Terrain en Psychopathologie. (*Paris Méd.* Août 1934).
- MANOUVRIER. — Les Tempéraments. (*Revue Mensuelle d'Anthropologie*, 1896 et 1898).
- MARTINET. — Eléments de Biométrie. (Masson, 1921).
- MARTINY. — Les Quatre Biotypes Humains selon N. PENDE. (*Nutrition*, tome V, n° 3, 1935).
- MATHIEU DE FOSSEY. — Phénomènes morbides latents. Rôle

- de la Constitution et du Tempérament envisagés par la Morphologie et les Constantes Chimiques. (*Nutrition*, tome 8, n° 4).
- MONOD-HERZEN. — Morphologie Humaine, (*L'Homéopathie Moderne*, 15 mars 1935).
- Principes de morphologie générale; particulièrement le tome II : Morphologie humaine (Gauthier-Villars, 1927).
- PATHAULT. — Morphologie et Nutrition. (*Nutrition*, tome 8, n° 4).
- PENDE. — La Biotypologie humaine (traduit de l'Italien, Maloine, 1925).
- Alimentation et Biotype individuel. (*Nutrition*, tome V, n° 3, 1935).
- REGNAULT. — Les Tempéraments rustique et affiné. (*Revue d'Anthropologie*, Janvier 1938).
- SIGAUD. — Les origines de la maladie (en collaboration avec VINCENT), (Paris, Maloine, 1906).
- Traité clinique de la digestion. (Paris, Doin, Tome I, 1900, Tome II, 1908).
- La forme humaine, 1^{er} fascicule, seul paru. (Paris, Maloine, 1904).
- STILLER. — Die asthenische Konstitution krankheit (Stuttgart, 1907).
- THOORIS. — La vie par le stade (Paris, A. Legrand, 1924).
- La Médecine morphologique (Paris, Doin, 1937).
- TISSOT (Frank). — Pronostic et tempérament. De l'importance de la constitution morpho-physiologique dans l'évolution des malades (Paris, Vigot, 1934).
- TRENGA. — Pronostic et Tempérament. (*Le Praticien de l'Afrique du Nord*, 15 janvier 1936).
- VANDERVAEL. — Notions de Biométrie humaine, 1938.
- VANNIER. — La Typologie (Paris, Doin, 1928).
- VIOLA. — Lenciotica della costituzione (Milan, 1933).
- La Constitution de l'Individu. (*Progrès Médical*, Octobre 1934).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1. — <i>Le syndrome mise à l'abri</i>	7
1. Le syndrome mise à l'abri dans les affections aiguës	8
2. Le syndrome mise à l'abri dans les affections chroniques	14
3. Le syndrome mise à l'abri dans les états de fa- tigue	22
4. Le syndrome mise à l'abri chez les enfants	26
CHAPITRE 2. — <i>Interprétation des faits</i>	29
Le syndrome mise à l'abri considéré comme réac- tion de défense de l'organisme	29
Rôle de la sensibilité dans l'organisme	35
Les appareils organiques. Importance de l'extré- mité céphalique	39
Morpho-physiologie des vestibules. Vestibules ou- verts. Vestibules abrités	43
Réaction de mise à l'abri et réaction de dispersion.	58
Le type réagissant compensé	67
CHAPITRE 3. — <i>Applications à la Médecine</i>	76
Intérêt de la réaction de mise à l'abri pour le pro- nostic de maladies	76
Règles d'hygiène et de thérapeutique	78
L'enfant	80
L'adulte	85
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE	94

TABLE DES FIGURES

Figures 1 et 2 — Les vestibules ouverts	45
Figures 3 et 4 — L'indice de rétraction de l'œil ..	46
Figure 5 — Mimique frontale du réagissant ..	47
Figure 6 — Petit enfant	50
Figures 7 et 8 — Les vestibules abrités	52
Figures 9 et 10 — Hyperexcitabilité et hypoexcitabilité cérébrales	56
Figures 11 et 12 — Enfants. Vestibules ouverts et ves- tibules abrités	57
Figures 13 et 14 — Femmes. Vestibules ouverts et ves- tibules abrités	58
Figures 15 à 22 — Vestibules ouverts et vestibules abrités	60-61
Figures 23 à 27 — Les réagissants compensés	72

10